

UNIVERSAL
LIBRARY

OU_224485

UNIVERSAL
LIBRARY

224485

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سر جیکل ایپلائڈ اناٹی

جراحی اطفالی تشریح

جلد دوا

آٹھواں ایڈیشن

مصحفہ

سرفریڈرک ٹریویر وینٹ
بنظر ثانی

سی سی چوہس - سی ایم جی سی بی - ای بی ایس - سی این - نیڈ ایم ڈی (ایڈنگرگ) ایف آر سی ایس (انگلینڈ)

مترجم

ڈاکٹر غلام ونگیر صاحب ایم بی بی ایس، منشی فاضل - کرن شستہ تالیف و ترجمہ جامعہ تلمیذیہ علی

۱۳۵۶ھ ۱۳۴۴ھ ۱۳۴۴ھ ۱۳۴۴ھ ۱۳۴۴ھ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

یہ کتاب مسر زکیسل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

جراحی اطلاقی تشریح

جلد دوم

حصہ چہارم - شکم اور حوض

صفحہ	باب
۳۸۱	شکم ۱۷
۴۲۱	باریطون اور غذائی خطہ ۱۸
۴۶۹	دوسرے شکمی احشاء ۱۹
۵۰۳	حوض اور احشاء حوض ۲۰
۵۱۴	عجان ۲۱

حصہ پنجم - جارحہ اسفل

۵۶۴	کوئے کا خطہ ۲۲
۶۰۴	ران ۲۳
۶۱۲	گھٹنے کا خطہ ۲۴
۶۴۰	ٹانگ ۲۵
۶۵۱	ٹخنہ اور پاؤں ۲۶

حصہ ششم۔ عمود فقری اور بیل شوکی

۶۹۴
۷۰۷

عمود فقری

۲۷

بیل شوکی

۲۸

اشاریہ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURGICAL APPLIED ANATOMY

جراحی اطلاق تشریح

378

جلد دوم

حصہ چہارم۔ شکم اور روض

باب ہفتم

شکم

جدور شکم

سطحی تشریح۔ شکم کا اجماع، عصبانی، نو، مرض اور فریبی کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتا ہے۔
کم عمر بچوں میں اس کے زیادہ اجماع ہونے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جگر کی جسامت نسبتاً زیادہ ہوتی ہے۔

مزید برآں اسکا انحصار حوض کی جسامت کی چھوٹائی پر بھی ہوتا ہے جس میں نہ صرف کسی (حقیقی) ششکی ساخت کی ہی گنجائش نہیں ہو سکتی بلکہ حوضی اعضا کو بھی مشکل ہی سے جگہ ملتی ہے۔ چنانچہ شیرخوارگی میں مثانہ اور معائے مستقیم تقریباً ششکی احتیاج ہی ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ کم عمر بچوں میں بتول کے لئے قوت مدافعت زیادہ ہوتی ہے۔ طویل المدت تمدد مثلاً حمل اور استسقاء وغیرہ کے بعد شکم بالعموم بہت نمایاں اور مفلح رہتا ہے۔

ناف سے اوپر خط ابیض (linea alba) کا محل ایک خفیف سے وسطی میزاب سے ظاہر ہوتا ہے لیکن ناف سے نیچے اس قسم کا کوئی نشان نہیں پایا جاتا۔ خط ہلالی (linea semilunaris) جو عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے جانبی یا بیرونی کنارے کا تناظر ہوتا ہے ایک ذرا سے منحنی خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو نوں ضلعی غضروف کی ٹوک سے لیکر عانی شوکہ (درن) تک کھینچا جائے۔ ناف کے اوپر یہ خط سطح پر ایک اٹھلے نشیب کی شکل میں پایا جاتا ہے۔

379

عضلہ مستقیمہ (rectus) کا خاکہ جب یہ اپنا فعل سرانجام دے رہا ہو بخوبی دیکھا جاسکتا ہے۔ اس پزیرین خطوط مستعرض (lineæ transversæ) ہوتے ہیں۔ ایک بالعموم زائدہ خنجر یہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور ایک ناف کے مقابل اور تیسرا دونوں کے درمیان ہوتا ہے۔ ان خطوط میں سے اوپر کے دونوں بخوبی نمویافتہ موضوعات میں واضح ہوتے ہیں۔

ناف کا محل افراد کی فزہی اور شکم کے ارتخا کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ یہ زائدہ خنجر یہ (xiphoid process) اور عانہ (pubes) کے درمیانی خط کے نقطہ تنصیف سے ہمیشہ تقریباً ۲ سنٹی میٹر (۲ انچ) اوپر ہوتا ہے۔ بالنوں میں سر سے پاؤں تک سطحی پیمائش کرنے سے یہ مرکز جسم سے کب قدر اوپر پایا جاتا ہے۔ مگر پیدائش کے وقت جنین میں یہ اس نقطہ سے نیچے ہوتا ہے۔ بخوبی نمویافتہ اشخاص میں جبکہ شکم لٹکا ہوا نہ ہو ناف سامنے کی طرف سے تیسرے اور چوتھے فطنی فقرات کے درمیان کے قرص کی اور پیچھے کی طرف سے تیسرے فطنی شوکی زائدہ کی ٹوک کی تناظر ہوتی ہے اگر دونوں حرقفی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے درمیان ایک خط کھینچا جائے تو یہ اس تقریباً ۳ انچ اوپر واقع ہوتی ہے۔

عظم حرقفی (ilium) کا مقدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine) '۲

عانی شوکہ (pubic spine) اور رباط اربی (inguinal ligament) (یوپارٹ کا رباط) سب کے سب نمایاں اور اہم امتیازی نشانات ہیں۔ عانی شوکہ تقریباً اسی افقی خط پر واقع ہوتا ہے جس پر کبھیٹروخا (great trochanter) کی اوپر کی کور واقع ہوتی ہے۔ دبلے موضوعات میں یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ فربہ اشخاص میں یہ عانی چربی کے نیچے بالکل غائب ہو جاتا ہے لیکن مردوں میں یہ صغیر (scrotum) کو منغمذ کرنے سے شناخت کیا جاسکتا ہے اور عورتوں میں اس زائدہ کا محل ران کی تبعید کرنے سے عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) کے مبداء کے وتر کو نمایاں بنانے سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ یہ عضلہ عانین کے جسم سے اس شوکہ کے عین نیچے سے شروع ہوتا ہے اور اس عضلہ کے ساتھ ساتھ انگلی لے جانے سے اس عظمی ارتفاع تک رسائی ہو جاتی ہے اگر ایک انگلی عانی شوکہ پر رکھی جائے اور دوسری دو انگلیاں یوپارٹ کے رباط کے ساتھ رکھی جائیں تو جو فتن ان انگلیوں کی طرف اترے گا وہ اربی (inguinal) اور جوانکے باہر کی طرف ظاہر ہوگا وہ فخذی (femoral) ہوگا۔

380

جسم کی انتصابی حالت میں عظم حرقفی کا مقدم فوقانی شوکہ عجز بطنف (sacral promontory) کے لیول سے ذرا نیچے ہوتا ہے اور اگر قفس اور سیف شکل زائدہ کے مقام انصاع ایک نقطہ لیا جائے (قصی سیفی نقطہ: sterno-ensiform point) تو یہ دسویں ٹہری فقرہ کے بالائی حصہ کے بالمقابل ہوگا۔ یہ نقطہ فربہ اشخاص میں بھی ایک نشیب سے جو ضلعی غصہ و فوف کے ساتویں جوڑ کے قصی منتہاؤں کے نیچے ہوتا ہے باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے اور جیسا کہ ابھی معلوم ہو جائیگا یہ ایک اہم امتیازی نشان ہے۔

ایڈیسن (Addison) کا عجز البواب (transpyloric) یا وسطی بر معدی (mid-epigastric) مستوی وہ توی ہے جو جسم میں سے یہ القص اور ارتفاع عانہ کی چوٹیوں کے درمیانی فاصلہ کے مقام تنصیف پر سے متعرضاً کھینچا جائے (یہ مقام بالعموم اس نقطہ کا متناظر ہوتا ہے جو قصی سیفی نقطہ اور ناف کے درمیان ان سے مساوی فاصلہ پر واقع ہو)۔ یہ خط سریری نقطہ نگاہ سے بہت مفید ہے۔ اس پر مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں (۱) نویں پسلیوں کی نوکیں اور اس لئے دائیں طرف پر مرارہ کا قعر۔ (۲) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان کا قرص۔ (۳) گردہ کا ناخجہ جو معمولی قد کے جوان آدمی میں خط وسطی سے پہلے ۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ (۴) بواب جو

خط وسطی سے ۲ انچ کے اندر ہوتا ہے۔ پشت کے اس حصہ میں جو شکم کا تناظر ہوتا ہے ناصبات شو (erector spinæ) بخوبی دکھائی دیتے ہیں۔ انکے بیرونی حاشیے خط وسطی سے ۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں ان کے درمیان شو کی فجہ ہوتا ہے۔ جو اس زاویہ میں جا کر ختم ہو جاتا ہے جو عظیم الوی عضلات سے بنتا ہے۔

حرقنی عرف کے وسط کے عین ہیچے فوق حرقنی (supra-iliac) (پہلی کما:

Petit's) مثلث ہوتا ہے یہ وہ وقفہ ہے جو عضلہ موربہ خارجہ (external oblique) اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) کے درمیان ہوتا ہے۔ چوتھا قطنی شو کہ حرقنی عرف کے بلند ترین حصہ کے لیول کے قریب ہوتا ہے۔ قطنی کچھ کے (lumbar puncture) یا قطنی شو کی جیسی درد پیدا کرنے کے لئے سوئی بالعموم بین عرفی خط (تیسرے اور چوتھے قطنی فقرہ کے درمیان) کے عین اوپر داخل کی جاتی ہے۔

381

پسلیوں کی گنتی اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے شروع کرنا بہتر ہوتا ہے، جسکی نشاندہی قص پر لوڈوٹ کے ناہی (angulus Ludovici) سے ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ ممکن ہے کہ آخری پسلی ناصبہ شو کی (erector spinæ) کے بیرونی حاشیہ سے باہر نہ نکلی ہو اور اس لئے نظر انداز ہو جائے۔ اس قسم کا دھوکا کھانے سے جراح گردہ کے تعریہ کے لئے معمولی ترچھا قطنی شکاف دینے میں غلطی کرتا ہے اور فتح آنا اور بچا نہ لیتا ہے کہ پورا کو نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

اور طہ (aorta) چوتھے قطنی فقرہ کے جسم کے وسط کے بالمقابل خط وسطی کی عین بائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۲ انچ دور اور اسکی بائیں جانب پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ اگر اس محل تقسیم سے ایک ایک خط ہر ایک جانب پر پوپارٹ کے بلا (Poupart's ligament) کے وسط یعنی مقدم فوقانی شو کہ اور ارتفاق عانی کے درمیان فاصلہ کے نقطہ تنصیف تک کھینچا جائے

تو یہ مشترک (common) اور خارجی حرقنی (external iliac) شریازوں کے

ممر کا تناظر ہوگا۔ اس خط کا بالائی مثلث مشترک حرقنی شریان کو ظاہر کرے گا۔ اور اس کا بقیہ حصہ خارجی حرقنی کو۔

شکلی محور (coeliac axis) بارہویں ٹھہری ٹھہر کے زیرین حصہ کے بالمقابل اس مقام سے نکلتا ہے جو بین بر معدی (mid-epigastric) نقطہ سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ اوپر ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف بارہویں ٹھہری ٹھہر کے متناظر ہوتا ہے۔ **فوقانی ماساریتی** (superior mesenteric) اور **فوق کلوئی** (suprarenal) شریانیں اس محور کے عین نیچے ہوتی ہیں۔ کلوئی عروق (renal vessels) فوقانی ماساریتی سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ نیچے اور بین بر معدی نقطہ کے بالمقابل نکلتے ہیں۔ **تحتانی ماساریتی** (inferior mesenteric) شریان اور طہ میں سے ناف سے تقریباً ایک انچ اوپر نکلتی ہے۔ **عمیق بر معدی** (deep epigastric) شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو رباط اُربی کے وسط سے لیکر ناف تک کھینچا جائے۔ اسکے بعد یہ عضلہ کے وسطی حصہ کے پیچھے عموداً اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اسی خط کے ساتھ ساتھ بعض اوقات سطحی بر معدی ورید بھی دیکھنے میں آتی ہے۔

شکلی ”حلقوں“ (rings) کا ذکر فق کے تحت کیا جائیگا۔ (صفحہ 396 اور اس کے بعد کے صفحات)۔

مقدمہ و شرح

شکم کے سامنے کی جلد بُن ران کے خطہ میں ڈھیلی چمکی ہوتی ہے 2 دوسرے مقامات کی نسبت یہ خط وسطی میں عمیق تر حصوں سے زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے لیکن اتنی مضبوطی سے منضم نہیں ہوتی کہ الہتاب کو شکر کی ایک طرف سے دوسرے طرف کو منتقل ہونے سے باز رکھے۔ زیادہ فرہی کی حالت میں پیٹ پر دوسٹ تعرض شکن بجاتے ہیں جن میں سے ایک ناف پر ہوتا ہے اور دوسرا عانہ کے عین اوپر۔ کو لکھے کمرے کوڑکے جاسی ہونے کی حالتوں میں اکثر مستعرض شکن دیکھنے میں آتے ہیں جو پیٹ پر سے گزرتے ہیں۔ لیکن ستون شکر کی کو زیادہ کثرت سے خمیدہ کرنے سے پیدا ہوتے ہیں جو اسی حالت میں

کو لیے کی حرکتوں کے فقدان کی تعویض کے لئے بالعموم ضروری ہوتا ہے۔
جب شکم کے کسی بیدار تندرست جلد تنیدہ ہو چکی ہو تو بعض نقرئی لکیریں خطوط صلی
(lineæ gravidarum) زیریں حصہ کی جلد پر ظاہر ہو جاتی ہیں۔ یہ جلد کے ذبول سے پیدا ہوتی
ہیں جو تناؤ سے واقع ہوتا ہے۔ حل استسقاء اور میضی سلعات وغیرہ کے بعد یہ بخوبی دکھائی دیتی
ہیں۔

جلد کے نیچے سطحی رداء ہوتی ہے جو شکم کے زیریں نصف پر دو تہوں میں آسانی سے تقسیم
کیجا سکتی ہے۔ اس خطہ کی زیر جلدی چربی کی بہت سی مقدار اس ردایں پائی جاتی ہے جو دونوں
رداؤں میں سے زیادہ اوپری ہوتی ہے اور فریبہ اشخاص میں یہ ۶ انچ تک بھی گہری ہوتی ہے۔ سطحی
عروق اور اعصاب کا زیادہ تر حصہ اسی رداء کی دونوں تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ لہذا فریبہ
موضوعات میں شکم پر ایک انچ یا اس کے لگ بھگ گہرے شکاف دئے جا سکتے ہیں جن میں زیادہ
بڑے عروق سامنے نہیں آتے۔

سطحی رداء کی عمیق تہ میں لچکدار ریشے موجود ہوتے ہیں اور یہ نہ حیوانات کے طبقہ

(tunica abdominalis) کی تناظر ہوتی ہے۔ خط وسطی پر ارتفاق عانی کی حد تک یہ
عمیق حصوں سے اور رباط اُربی کے پار ردائے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتی ہے۔
ارتفاق اور عانی شوک کے درمیان جو فاصلہ ہوتا ہے اس میں اسکی کوئی چسپیدگی نہیں ہوتی
بلکہ نیچے کی طرف یہ صفیں میں صلی جاتی ہے اور یہاں یہ بافت سلغیہ (dartos tissue) کی شکل
اختیار کر لیتی ہے۔ وہ وعاء پریشاب (extravasated urine) جو صفیں تک پہنچ چکا ہو
اس فاصلہ کو طے کر کے شکم کے اوپر کی جانب چڑھ جاتا ہے۔ اس حالت میں اس رداء کی عمیق تہ
اسکو محدود کر دیتی ہے۔ اس رداء کی چسپیدگیوں کی وجہ سے نہ یہ ران میں جا سکتا ہے اور نہ
خط وسطی کو عبور کر سکتا ہے۔ اسی طرح وہ نفخانی (emphysematous) اجتماعات جو چھائی کے
ضربات سے پیدا ہوتے ہیں جب رداء کی عمیق تہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں تو بہ ران پر جا کر مری رکتے
ہیں۔ مزید برآں ان شحمی سلعات کی تحدید جو اس تہ کے نیچے پیدا ہوتے ہیں خط وسطی اور پوپارٹ
(Poupart) کے رباط ہی سے ہوتی ہے۔

مقدمہ کی جدور کی موٹائی مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ بہت زیادہ لاغری کی حالت میں بعض اعضاء کے خاکے شکم کی پتلی دیواروں میں سے باسانی معلوم کئے جاسکتے ہیں اور بعض اوقات دکھائی بھی دے سکتے ہیں۔ مزمن معوی تسرد کی حالت میں متعدد امعاء کے خاکے نظر آتے ہیں اور انکے حرکات دکھائی دے سکتے ہیں۔ تسرد بواب کی مثالوں میں شش اور بیش پروردہ معدہ کے حرکات اکثر دیکھے جاسکتے ہیں۔ دیوار شکم کی اضافی موٹائی کا انحصار مختلف اشخاص میں عضلات کی موٹائی کی نسبت زیادہ تر زیر جلدی چربی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ یہ عضلی سرحد اندرونی اعضاء کے لئے ایک قابل تعریف محافظ کا کام کرتی ہے۔ عضلات شکم کو منقبض کرنے سے پیٹ کا سامنے کا حصہ تختہ کی طرح سخت کیا جاسکتا ہے اور حاد التهاب کیوں میں بعض اوقات یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ اس انقباض سے ایک معتدبہ حد تک استواری پیدا

ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں شکم پر چوٹ لگنے سے جبکہ عضلات مضبوطی سے منقبض ہوں اعضاء کو غالباً کوئی ضرر نہیں پہنچتا، تا وقتیکہ چوٹ انتہا درجہ کی شدید نہ ہو۔ استوار عضلی دیوار اپنے فعل میں ربڑ کے ایک کثیف صفحہ کی طرح موثر ثابت ہوتی ہے۔ یہ دیوار بعض اوقات کھلی بھی جاتی ہے اور بعض اوقات پھٹ بھی جاتی ہے مگر کوئی فکلی کا بیشتر صدمہ اسی کو پہنچتا ہے۔ شکم پر چوٹ آنے سے شمولہ اعضاء پر جس اثر کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اسکا انحصار غالباً بہت سے اسباب پر ہوتا ہے۔ لیکن جہاں تک خود دیواروں کا تعلق ہے اس اثر کا دار و مدار زیادہ تر اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا ضرب متوقع تھی یا نہیں اور جدور میں چربی کی کتنی موٹی گدی موجود ہے۔ اگر ضرب متوقع ہو تو شکم کے عضلات یکایک فطری طور پر منقبض ہو جائیں گے اور اعضاء کو فی الفور ایک محکمہ مگر یکساں سہ ہوا جائیگی۔ اسی لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ عضلات شکم کو فٹہ اور دریدہ پئے گئے ہیں مگر اعضاء صحیح و سالم موجود تھے۔ بخلاف اسکے حشا ایسی حالتوں میں جبکہ عضلات یا تو غالباً مدیمہ متصل تھے اور یا ان پر حملہ اچانک ہوا دیوار شکم کو کوئی نمایاں ضرر پہنچنے کے بغیر ضرر سیدہ پایا گیا ہے۔ جنگ عظیم میں اعضاء شکم کو گولی سے ضرر پہنچنے کے کئی ایک واقعات کا اندراج کیا گیا تھا مگر انہیں گولی کا راستہ جو حشائی ضرر کا باعث ہوئی تھی عضلی جدور تک ہی محدود تھا۔

عضلی دیوارِ احشاء کو محفوظ رکھنے کے علاوہ خاص خستانی سہارے کا کام بھی دیتی ہے۔ سیدھا کھڑے ہوتے ہی دیوارِ شکم کے عضلات معکوس طور پر منقبض ہو جاتے ہیں اور اس طرح شکمی مشمولات کا وزن بھی برداشت کرتے ہیں۔

خط ابیض (linea alba) پر دیوارِ شکم پتلی کثیف اور مرئی عروقِ خون سے مبرا ہوتی ہے۔ لہذا کہنہ شکم کے بہت سے علیہ جات میں تنگافِ خطِ وسطیٰ پر دیا جاتا ہے عضلہ مستقیم کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ (خطِ ہلالی کے قریب اور اسکی دوسری طرف) بھی جدور پتلی اور عروق سے مبرا ہوتے ہیں اور اسلئے وعائی نقطہ نگاہ سے یہ محل بھی تنگاف کے لئے بہت موزوں ہے لیکن ایک زیادہ اہم سبب کی وجہ سے کہ اس سے عضلہ مستقیم کی عصبی رسد کو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے یہ محل بہت ناموزوں ہے۔ ناف سے تخمیناً ایک انچ نیچے ہر دو عضلات مستقیم تقریباً ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں اور یہ مشکل ہی سے کہا جاسکتا ہے کہ یہاں خط ابیض (linea alba) موجود ہے۔ مگر اوپر کی جانب یہ عضلات علحدہ رہتے ہیں اور یہاں خط ابیض طبعی طور پر ۳ انچ چوڑا ہوتا ہے۔ محلِ فربہ اور استسقا میں اسکا فوق السری حصہ ۲ انچ یا اس سے زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ مگر تنگ تحت السری حصہ غیر متاثر رہتا ہے۔ خط ابیض کا یہ حصہ جب چوڑا ہو جاتا ہے تو اس حالت کو عضلات مستقیم کا انفراج (divarication of recti) کہتے ہیں۔ اس حالت میں جب عضلات مستقیم اپنا فعل کرتے ہیں، مثلاً جبکہ مریض چت لیٹنے کے بعد بازوؤں کی مدد کے بغیر بیٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو مشمولاتِ شکم انکے درمیان سے ابھر آتے ہیں بعض اوقات زیر باریطونی چربی کے غولے خط ابیض کے رخنوں میں سے بڑھ آتے ہیں اور ان سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو شمعی فتق (fatty herniae) کے نام سے موسوم ہے۔

ناف کا لینی حلقہ خط ابیض سے مشتق ہوتا ہے۔ اس حلقہ سے تمام ہم پلہ ساختیں جلد۔ ردا اور باریطون مضبوطی سے منضم ہوتی ہیں، یہ انضمام ایسا ہوتا ہے اور جلد او باریطون کے درمیان چربی کی مقدار اتنی قلیل ہوتی ہے کہ مری فتق (umbilical hernia) پر عمل کرتے وقت فتقی تاجہ کے کولنے سے احتراز نہیں کیا جاسکتا۔

ناف اس مقام کو ظاہر کرتی ہے جہاں جانبی شکمی دیواریں انجام کار بند ہوتی ہیں۔

چھٹے ہفتہ میں یہ فتح قیف نما ہوتا ہے اور تاچہ زردی (yolk sac) اور امعا کے ایک دہراؤ پر مشتمل ہوتا ہے جن سے یہ چسپیدہ بھی ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات برقرار رہتی ہے اور اس سے خلقی سری فتح پیدا ہو جاتا ہے۔ جنین میں ناف پر تین عروق داخل ہوتے ہیں اور کہنفہ شکم میں نیچے یہ علیحدہ علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ وزید براہ راست اوپر کی طرف کو چلی جاتی ہے اور نثریانیں ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی طرف کو چلی جاتی ہیں۔ یوریکس (urachus) کے آثار خط و سطی میں ناف سے نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ جنین میں وہ مقام جس پر تینوں عروق ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں تقریباً ناف کا مرکز ہی ہوتا ہے اور خلقی سری فتح میں ایسا ہوتا ہے کہ رودہ باہر نکلتے ہی تینوں عروق کو علیحدہ علیحدہ کر دیتا ہے اور یہ اس کے اوپر کسی حد تک پھیل جاتے ہیں۔ خلقی فتح فی الحقیقت جبل ساختوں کے درمیان سے کل جاتا ہے اور اسکے غلافات انہی سے بنتے ہیں۔ یہ فتوح خوش قسمتی سے نادر الوقوع ہیں۔ کیونکہ بعض مثالوں میں یہ تھوڑی دورت تک ہی جبل میں جاتے ہیں اور جن واقعات کے متعلق اطلاع دی گئی ہے انیس سے کم سے کم دو میں قبالت گرنے بوقت پیدائش جبل سری کاٹنے وقت رودہ کاٹ دیا تھا۔ جن جو شکم بند ہوتا جاتا ہے۔ دونوں سدود شریانیں اور یوریکس (urachus) ندبہ کے لئے جز کا کام کرتے ہیں اور اسے پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ بعض حالتوں میں ناف پر ایک ناسور پایا جاتا ہے جس سے پیشاب نکلتا رہتا ہے۔

386

یہ منفتح یوریکس (patent urachus) سے پیدا ہوتا ہے۔ بولی نشانہ کلمہ (allantois) سے بنتا ہے

اور کلمہ کا جو حصہ نشانہ اور ناف کے درمیان ہوتا ہے اس سے یوریکس (urachus) بنتا ہے جسکا دروہ بالعموم بند ہو جاتا ہے اگرچہ بعض اوقات یہ مفتوح بھی رہتا ہے۔

بعض اوقات ناف پر ایسا ناسور بھی پایا جاتا ہے جس سے براز خارج ہوتا ہے۔

یہ زردینی معوی قنات (vitallo-intestinal duct) کے برقرار رہنے سے بنتا ہے۔ یہ قنات ایک راستہ ہے جو کسی وقت ابتدائی جنین کی معا کو تاچہ زردی (yolk sac) سے ملتا ہے۔

لے خلقی فتح کو طفلی سری فتح سے جو جبل سری کے کاٹنے کے بعد عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے تیز کرنا ضروری ہوتا ہے۔ ان خلقی فتوح کے بیان کے لئے لانسٹ (Lancet) ۱۸۸۰ء - ۱ - ۳۳ میں مصنف کا مضمون دیکھا جائے۔

اور جب نمو کو ترقی ہوتی ہے تو یہ جل سری کے مشیمی سرے پر پہنچ جاتا ہے۔ ۹۹ فیصدی جنینوں میں یہ ربط غائب ہو جاتا ہے۔ مگر ایک فیصدی میں یہ قنات یا جل یا عطفہ کی شکل میں برقرار رہتا ہے۔

جب معمولی سرا برقرار رہتا ہے تو اسے **عطفہ میکل** (Meckel's diverticulum) کے نام سے

موسوم کیا جاتا ہے اور یہ لفائفی سے لفائفی اسحوری دہنہ سے ۲ فٹ اوپر نکلتا ہے۔ مزید برآں اس جنینی علاقہ سے اُس لفیفی جل کی موجودگی کی بھی توجیہ ہوتی ہے جو بعض اوقات عطفہ میکل کو ناف سے ملائی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ اس لفیفی جل سے بعض اوقات امعاء کی تخنیق واقع ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔

عضلہ مستقیم کے متعرض تقاطعات (transverse intersections) کے محل کو ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ یہ عضلہ مستقیم کے غلاف کی مقدم سے منضم ہوتے ہیں مگر اس کی موخر تہ سے منضم نہیں ہوتے۔ لہذا جو تقیمی اجتماعات اور نزفات اسکی مقدم جانب کے غلاف کے نیچے پیدا ہو جاتے ہیں انکو یہ کسی حد تک محدود رکھتے ہیں۔ یہ عضلہ اکثر ایک قسم کے وہمی سلعہ (phantom tomour) کا محل ہوتا ہے۔ یہ سلعات ہسٹیریا (hysteria) کے مریضوں اور مرقی اشخاص میں کثرت سے پائے جاتے ہیں اور جب انکے ساتھ کچھ موہوم شے کی علامات موجود ہوتے ہیں تو ان سے مغالطہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ سلعات عضلہ کے جزوی انقباض سے پیدا ہوتے ہیں جو بالعموم اسکے دو تقاطعات کے درمیانی حصہ میں واقع ہوتا ہے اور انکے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ عضلہ مستقیم کے بالائی حصہ میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ جب اس عضلہ کے ریشے منقبض ہوتے ہیں تو "سلعہ" نمایاں ہوتا ہے اور جب یہ ڈھیلے ہو جاتے ہیں تو یہ غائب ہو جاتا ہے۔ بہر حال وہی سلعہ ہمیشہ عیدم الاہمیت نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ شکم کے اندر کے کسی خطرناک مرض سے تعلق رکھتا ہو اور معکوس عضلی انقباض سے پیدا ہوا ہو۔ اس قسم کے معکوس فعل کا نقطہ ابتداء

387

احشاء میں ہوتا ہے۔ ان مخض المقام انقباضات سے حشوی مرض کے محل کا پتہ چل سکتا ہے۔ چنانچہ معدہ کی خاص حسی مصبی رسد جل کے آٹھویں لہری عصب سے آتی ہے اور عضلہ مستقیم کا دھم جو بالائی اور وسطی نقوش کے درمیان کا ہے۔ اسی قطعہ سے آٹھویں لہری عصب کے ذریعہ سے

رمد حاصل کرتا ہے اس لئے معدہ کے مرض کے ساتھ اس حصہ کا انقباض بھی پایا جاسکتا ہے۔ یہ ستقیم عضلہ کو نیچے کے چھ ٹھری اعصاب سے اعصاب آتے ہیں اور اس کا جو حصہ ناف پر ہوتا ہے اسکی رمد دسویں عصب سے آتی ہے۔

دوسرے غائب ہو جانے والے سلعات کا انحصار امعاء کے رنج یا برازی مادہ سے متمد ہو جانے پر ہوتا ہے۔ شکم کے بہت سے تمد میں ستقیم عضلہ کے ریشے بعض اوقات بہت تنیدہ ہو جاتے ہیں، کیونکہ تمد پیدا کرنے والی قوت کا بار راہی پر پڑتا ہے۔ کم از کم ریشوں کے اپنے رخ کی وجہ سے دریدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ۲۱ عضلہ کے حصے شدید عضلی فعل سے مثلاً چھلانگ مارنے یا کھانسنے میں پھٹ چکے ہیں۔

آگے کی شکمی دیوار کے جانبی عضلات ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت کی تھوں سے

ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں۔ عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے درمیان کی بافت میں بڑے بڑے اعصاب اور شریانیں پائی جاتی ہیں۔

باریطون سب مقامات پر دیوار شکم سے زیر باریطونی اتصالی بافت سے رستہ

ہوتا ہے۔ حوض میں یہ بافت ڈھیلی ہوتی ہے تاکہ حوضی احتشاء — مثانہ معائے ستقیم اور رحم — پھیل سکیں۔ اسی طرح یہ حوضی حضرات اور مقدم شکمی دیوار پر بھی اُربی رابطہ اور ارتفاق عام سے ۲ انچ اوپر تک ڈھیلی ہی ہوتی ہے۔ لیکن اس لیول سے اوپر اور ڈایا فرام کی زیرین سطح پر یہ باریطون کو مضبوطی سے چسپیدہ کرتی ہے۔ اس تکے ڈھیلے پن کی وجہ سے خراجات کی توسیع کو بہت مدد ملتی ہے اور انکے بڑھنے میں یہ کوئی مزاحمت پیش نہیں کرتی۔ اس قسم کا خراج خاص کر ان احتشاء سے پھیل نکلتا ہے جنکا باریطونی غلاف ناممل ہوتا ہے مثلاً گردہ اور قولون کے انقباضی حصے وغیرہ سے۔ اس بافت کے ڈھیلے پن سے بعض جراحی طریقہ ہائے عمل میں استفادہ کیا گیا ہے۔ چنانچہ خارجی اور مشترک حوضی شریانوں تک انکے کسی قدر باہر کی طرف تنگاف دینے سے باریطون کو کھولے بغیر رسائی کیجا سکتی ہے۔

عروق خون۔ دیوار ہائے شکم میں جو شریانیں ذرا بڑی بڑی ہیں وہ صرف تختانی یا

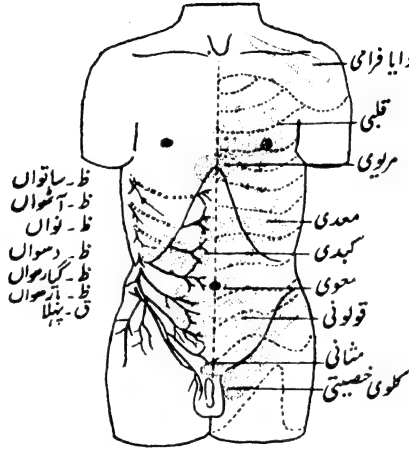
عمیق برآمدی شریانیں، عمیق منحن سرخفی (deep circumflex iliac) کی کچھ شاخیں، آخری دوہیں منسلکی عروق، فوقانی برآمدی (superior epigastric) شریان اندرونی پستانی کی ایک شاخ اور قطنی شریانوں کی شکمی قسمتیں ہیں سطحی عروق چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔

سطحی وریدیں شکم کی سامنے کی طرف پر کثیر المتعداد ہوتی ہیں اور دوالی نما ہونے کی حالت میں یہ بہت نمایاں ہوتی ہیں۔ اس طرح ایک جانبی ورید جو بغل سے لیکر بن ران تک جاتی، اور بغلی اور غنڈی وریدوں کو ملاتی ہے بہت واضح ہو جاتی ہے۔ (ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) کے تہہ کی حالتوں میں شکم کی سطحی وریدیں بعض اوقات خون کی بدیلی گزر گاہوں کا کام بھی دیتی ہیں۔ سرری تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ یہ وریدیں ان مثالوں میں بھی جن میں ورید اجوف تحتانی منقطع ہوتی ہے بعض اوقات ایک بہت بڑی حد تک دوالی نما ہوتی ہیں۔ ان عروق کے مصاریع اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ناف کے اوپر کی سطحی وریدوں کا خون بغل کی طرف جاتا ہے اور زیر نافی خطہ کا خون کچھ ران کی طرف کو۔ ناف کے قرب وجوار میں یہ وریدیں جگر کے درانتی شکل باہ (falci form ligament) کے اندر کی نفی وریدی گذر گاہوں کے ذریعہ سے باہی ورید (portal vein) سے جگر کے اندر ملی ہوتی ہیں (سپے: Sappey)۔ لہذا جن حالتوں میں باہی دوران خون جگر کے مرض یا باہی ورید کے جزوی طور پر بند ہونے سے مستعد ہو جاتا ہے۔ ان میں کسی قدر باہی خون نافی ربط کے ذریعہ سے سطحی برآمدی وریدوں میں بھی چلا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں خون ناف سے دور بہتا ہوا پایا جاتا ہے۔ کبدی کہتہ سے پیدا شدہ استسقاء کا تدارک کرنے کے لئے ٹالما مورسین (Talma-Morison) کے عملیہ کی ایک مرمت صورت اکثر مفید ثابت ہوتی ہے۔ شرب عظیم کا ایک بڑا سا مکمل تکلیس ربودہ (decalcified) لٹری کے ایک حلقہ میں سے جو بالٹین میں ایک سوراخ کر کے اس سے سی دیا جاتا ہے باہر نکال لیا جاتا ہے اگر اس تری جامہ پوش کو ٹانگے لگا دئے جائیں اور اسے دیوار شکم کے اندر چوڑا کر کے پھیلا دیا جائے تو شکم اور دیوار شکم کی وریدوں کے درمیانی تقصمات چند ہفتوں میں بہت موثر بجا تے ہیں (سی۔ سی چائلس) اور سطحی وریدیں بہت تسع ہو جاتی ہیں۔

389

شکم کی سامنے کی طرف کے سطحی عروق لمف کے متعلق عمومی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ

ناف سے اوپر کے عروق بطنی غدود کی طرف اور اس سے نیچے کے کبجہ ران کے غدود کی طرف جاتے ہیں۔
اعصاب - دیوار شکم کو سب سے نیچے چھ صدی یا بین ضلعی اعصاب اور پہلا قطنی عصب



شکل ۸۵۔ دھڑکی اگلی سطح پر کے ان رقبہ جات کو ٹینا ظاہر کرتی ہے جن کو شوکی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

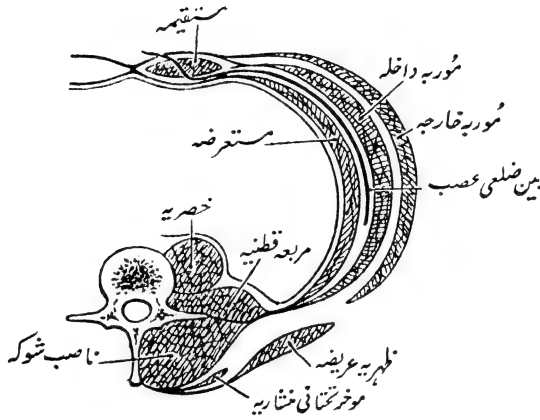
یہ رقبہ جات بائیں جانب پر منقوٹ خطوں سے ظاہر کئے گئے ہیں اور جو عصب شوکی اکو رسد پہنچاتا ہے اس کا عدد درج ہے۔ اعصاب دائیں جانب پر ظاہر کئے گئے ہیں۔ سرخ نقطوں والے رقبہ جات ان خطہ جات کو ظاہر کرتے ہیں جن سے خضائی مرض سے متعلق پھر عام طور پر منسوب ہوتا ہے (مطابق مشاہدات سر جیمز میکنزی)۔ درہر ایک رقبہ کے غیر معمولی حصہ کی طرف پھیلتا ہے۔

رسد پہنچاتے ہیں (شکل ۸۵)۔ شکم کے طویل محور کی جانب ترچھے رخ میں نیچے کی اور اندر کی طرف جاتے ہیں۔ شکمی عملیہ جات کے بعد فتوق کے وقوع اور عضلی کمزوری کے اسناد کے لئے شکمی دیوار کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت ان اعصاب کو سلامت رکھنا زیادہ ضروری ہوتا ہے۔ لہذا اگر ممکن ہو تو

ایسے تمام شگافات سے احتراز کرنا چاہئے جن سے یہ کٹ جائیں۔ ایسے شگافات جو ضلعی حاشیہ کے متوازی یا عضلہ مستقیمہ کے بیرونی حاشیہ پر دئے جاتے ہیں ان سے ان اعصاب کو نقصان پہنچنے کا خاص طور پر احتمال ہوتا ہے اور گردہ کو معر کرنے کے لئے جو شگاف دیا جاتا ہے اس میں بے احتیاطی سے کام کرنے سے بعض اوقات آخری صدری عصب کو ضرر پہنچ جاتا ہے۔ ایسے شگافات سے جو مستعرض رخ میں یا نیچے کی اور اندر کی طرف کو ترچھے دئے جائیں اعصاب کو ضرر پہنچنے کا کم امکان ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ عضلہ مستقیمہ میں سے دئے جائیں تو انکو احتیاط سے سینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ نزدیکی شگاف سے جو غلاف مستقیمہ میں عموداً شگاف دینے اور پھر مستقیمہ کو باہر کی طرف باز کشیدہ کرنے سے بنایا جاتا ہے رسائی بھی حاصل ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی اعصاب کو بھی کوئی خطرہ نہیں ہوتا اور نیز ایسے شکم کے تمام رقبہ پر بڑھایا جاسکتا ہے۔ اسلئے بہت سے جراح اس شگاف کو بہت پسند کرتے ہیں کیونکہ اس سے رسائی بھی بخوبی ہوتی ہے اور شدید خطرہ بھی اقل ہوتا ہے۔

نیچے کے بین ضلعی اعصاب دیوار شکم میں ضلعی غصہ و فوف کی گہری سطحوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور یہ ان فضاؤں میں سے گذر کر آتے ہیں جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) اور ڈایا فرام کے مبداءوں کے سروں کے درمیان ہوتی ہیں۔ آخری صدری، حرقنی زیر معدی (ilio-hypogastric) اور حرقنی اربی اعصاب گردہ کے پیچھے سے گزرتے ہیں اور پھر عضلہ مستعرضہ کو مشتبہ کرتے ہیں۔ یہ تمام اعصاب عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے درمیان آگے کی اور نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ حرقنی اربی (ilio-inguinal) عصب قنال اربی میں چلا جاتا ہے اور بقیہ اعصاب عضلہ مستقیمہ کے غلاف کے بیرونی کنارے کو موجود رخ سے مشتبہ کرتے ہیں اور عضلہ مستقیمہ کے پیچھے اندر کی طرف بڑھ جاتے ہیں۔ اور اس عضلہ میں تقریباً اسکے نصف پر داخل ہو جاتے ہیں۔ لہذا غلاف مستقیمہ کا اندرونی نصف عصبتی ننوں سے مبرا ہوتا ہے (شکل ۸۶)۔ کوآیٹ (Coyte) (لائسٹ ۱۸ نومبر ۱۹۲۲ء) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بین ضلعی اعصاب کا محسوس ہونا نہیں ہوتا بلکہ انیس جنبروں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جنکے انعادات اوپر کی طرف کو ہوتے ہیں۔ یہ کم سے کم ساتویں آٹھویں اور نویں عصب کے متعلق صحیح معلوم ہوتا ہے اور اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ تمام بین ضلعی اعصاب دیوار شکم میں اپنے تناظر "ضلعی غصہ و فوف کے نیچے سے داخل نہیں ہوتے۔ چنانچہ ساتواں عصب اس میں نویں

ضلعی غضروف کی نوک سے عین اوپر داخل ہوتا ہے اور نواں اور دسواں عصب اس غضروف کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور بقیہ اعصاب اپنے متناظر غضروفوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں (شکل ۸۷)۔ لہذا عضلہ مستقیمہ کے اوپر کے چار انچ میں کوئی حقیقی عصبی تنہ موجود نہیں ہوتا (کوایٹ (Coyte) اور ضلعی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغیر کسی خطرہ کے ترجیحاً شکاف دینا ممکن ہے بشرطیکہ یہ نویں

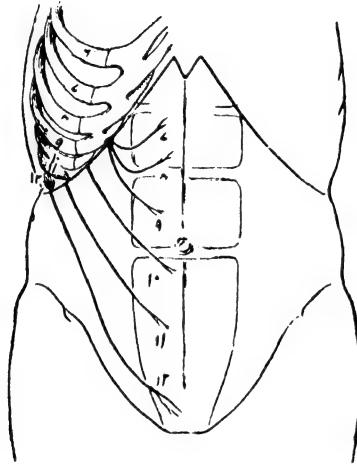


شکل ۸۷ - دیوار شکم کی مستقیم تراش جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بین ضلعی عصب غلاف مستقیمہ کی مؤخر تہ کو کس طرح منقبت کرتا ہے اور اس سے وہ مقام بھی ظاہر ہوتا ہے جس میں یہ عضلہ مستقیمہ میں داخل ہوتا ہے۔

392 ضلعی غضروف پر جا کر ختم ہو جائے۔ مگر اپنے تجربہ میں میں (سی۔ سی۔ چوائس) نے بہت سے ایسے واقعات دیکھے ہیں جنہیں اس قسم کا شکیف دیا گیا تھا اور بعد کے عملیہ پر یہ معلوم ہوا کہ مستقیمہ کا بالائی حصہ جامد لیفی بافت میں تبدیل ہو گیا ہے۔

اعصاب شکم صرف عضلات ہی کو رسد نہیں پہنچاتے بلکہ جلد اور باریطون کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ اس امر سے عضلات کی اس استوار اور محافظانہ جمیعیت کی جو باریطونی خراش سے عمل میں

آتی ہے اور نیز عضلات کے اس فوری محافظ فعل کی جو ضرب کے متوقع ہونے کی حالت میں ظاہر ہوتا ہے توجہ ہوتی ہے شکم کے سریری جس کے لئے یہ ضروری ہے کہ جراح کا ہاتھ گرم اور نرم ہو کیونکہ سرد ہاتھ سے چھونے سے یا اسکی آہٹ اور جھٹکے دار حرکتوں سے الیم شکم میں فوراً ایک عضلی محسوسیت پیدا ہو جائیگی جس سے استواری رونما ہو جائیگی اور جن چیزوں کی تلاش جس سے کیجا رہی ہے وہ پوشیدہ ہو جائیں گی نہ صرف مریض ہی کا کسی آرام دہ وضع میں ہونا ضروری ہے بلکہ جراح کے لئے بھی ایسی وضع ضروری ہے



شکل ۸۷۔ دیوار شکم کے اعصاب کا ضلعی حاشیہ سے تعلق اور ان کا رخ ظاہر کیا گیا ہے۔

کیونکہ اسی طرح وہ ایسا امتحان انجام دے سکتا ہے جس سے مریض کو درد سے تکلیف نہ ہو اور جو خود اسکے لئے بہت معنی خیز ہو۔ اسے یہ بھی ضروری درکنا چاہئے کہ ہاتھ فوراً اٹھالینے سے بھی الیم شکم میں اسی طرح درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے جس طرح کہ دفعۃً دباؤ ڈال دینے سے۔
صدرا و شکم کی تعصیب میں قوی تعلق موجود ہونے کی وجہ سے یہ خطر پیدا ہوتا ہے کہ

مریض خاص کر جبکہ وہ بچہ ہو ایسے درد کو جو فی الحقیقت چھاتی میں پیدا ہوا ہو شکم سے منسوب کرے اور ممکن ہے کہ اس میں عضلی استواری بھی موجود ہو۔ اس امکان کی اہمیت معلوم نہ کر سکنے کی وجہ سے ذات الریہ کی ابتدائی حالتوں میں غلطی سے شکمی مرض تشخیص کر دیا گیا ہے۔ ایک اور طریقہ سے شکم کے درد سے حقیقتہً صدی مرض پیدا ہو جاتا ہے مثلاً زخم شکم کے درد کی وجہ سے نفسی حرکات بند ہو جاتے ہیں اور اس طرح رٹوی پیچیدگیاں بڑھ جاتی ہیں۔

شوکی ذبول میں شوکی اعصاب کے مضبوط ہونے سے انکے رقبہ جات تفرع میں بعض اوقات حس متغیر ہو جاتی ہے۔ مثلاً مریض شکم کے درد یا اسکے جکڑے ہونے کی شکایت کرتا ہے۔ اس قسم کا درد فقرات کے خبیث مرض یا انہیں انورسٹوں کے دباؤ سے تلطیف پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس سے درد شکم کی غلط تشخیص کر دیا جاتی ہے۔

دیوار جسم کے اعصاب کے اور زیادہ اہم اتصالات بھی ہیں اور وہ حشوی اتصالات (visceral associations) ہیں۔ جن جنلی مرکز کے ساتھ دیوار جسم کے اعصاب وابستہ ہیں وہ نظام مشار کی کے ذریعہ سے احشائے شکم و صدر سے بھی ربط و راہ رکھتے ہیں۔ حشوی شوکی مرکز اپنے متناظر بدنی شوکی مرکز (somatic spinal centers) سے بھی قریبی ربط رکھتے ہیں۔ لہذا احشائے شکم کے اندر کی مرضی حالتیں متناظر جنلی مرکز میں خلل پیدا کرتی ہیں اور چونکہ دماغ صرف بدنی اعصاب کے ساتھ ساتھ ہی درد کے مقام کی تعیین کا عادی ہے اسلئے غلطی سے یہ درد کو خلل یافتہ قطعہ کے عصب شوکی کے ساتھ منسوب کر دیتا ہے۔ صرف درد ہی منسوب نہیں ہوتا بلکہ جس حصہ جلد کو خلل یا شوکی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ بھی الیم ہو جاتا ہے اور الیمیت کے ان رقبہ جات کے مطالعہ سے ہیڈ (Head) نے جنبل شوکی میں حشوی مرکز کی تعیین مقام کی ہے۔ چنانچہ اس سے جراح کو زیادہ صحیح تشخیص کرنے کا ذریعہ حاصل ہو گیا ہے۔ چھٹے لہری قطعہ سے لیکر پہلے قطعی تک کے شوکی قطعہ احشائے شکم کو رسد پہنچاتے ہیں اور یہ اعصاب اپنے مقامات سے ٹھونک فرع رابطہ (rami communicantes) اور احشائی (splanchnic) اعصاب اور شکم کے مشار کی ضفیروں کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ دوسری تیسری اور چوتھی قطعی عصبی حرکوں سے کوئی حشوی عصب نہیں نکلتا۔ لہذا انہیں منسوب حشوی درد بھی نہیں پایا جاتا۔ حوضی احشاء کو پانچویں قطعی سے لیکر تیسرے اور بعض اوقات چوتھے عجزی عصب تک کے اعصاب اعصاب ناقص (nervi erigentes) کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔

اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس سے برعکس عمل وقوع میں آتا ہے اور جمل کے طبعی مشمولات کے علاوہ اس میں دوسرے مشمولات کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے اس طرح خلقی فتق مُتسری (congenital exomphalos) کی مختلف قسمیں پیدا ہو جاتی ہیں جو شدت میں چھوٹے سے فتق سے لیکر ان تمام اجزاء کے بروز تک اختلافات پذیر ہوتی ہیں جو زیادہ حرکت پذیر ہوتے ہیں عجیب ترین بڑھکیوں میں سے ایک مثانہ کی بروں گردیدگی (extroversion of the bladder) (بے جانی مثانہ: ectopia vesicae) کے

396



شکل ۸۸۔ مثانہ کی بروں گردیدگی میں حصوں کی حالت۔

نام سے موسوم ہے۔ اس حالت میں نہ صرف دیوارِ شکم ہی کا کچھ حصہ نظامِ غائب ہوتا ہے بلکہ تناسلی بولی آلات کا کچھ حصہ بھی موجود نہیں ہوتا۔ مکمل حالتوں میں دیوارِ شکم میں ناف سے لیکر مجری بول تک نقص پایا جاتا ہے۔ ارنفاق عانہ یا تو بہت کھلا اور یا ناقص ہوتا ہے۔ اور مثانہ کی مقدم دیوار اور قضیب کا زیادہ تر حصہ اور مجری بول کی تمام چھت غائب ہوتی ہے (شکل ۸۸)۔ مثانہ اور مجری بول کا

اندرونی حصہ کھلا ہوتا ہے اور ان سے دیوار شکم کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ یہ غیر محفوظ یا مثانی رقبہ احتشاء کے نزول میں بہت کم مزاحمت پیش کرتا ہے اور مریض کے بیٹھنے یا اٹھنے میں باہر کی طرف کو ابھرتا ہے۔ مزید برآں صغیر بھی جیسا کہ اسکے نوکا حوالہ دیکھنے سے توقع کیا جاسکتی ہے دو شاخہ ہوتا ہے۔

فتق

(HERNIA)

397

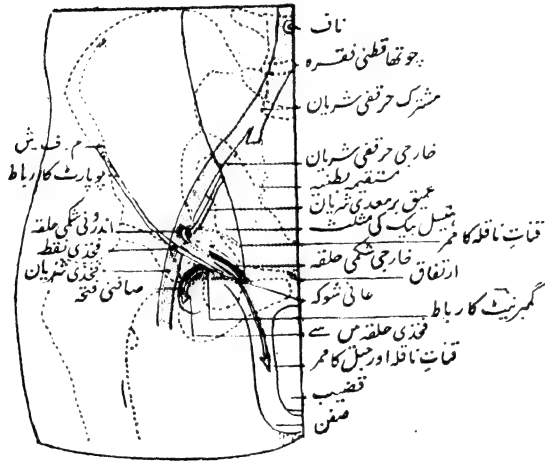
۱۔ **فتق اُربی (inguinal hernia)**۔ اس قسم کے فتق میں مفتوق امعاء قنال اُربی کے تمام طول میں یا اسکے کچھ حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ قنال اندرونی عمیق یا شکمی حلقہ سے لیکر سطحی یا اُربی حلقہ تک ترچھے رخ میں آتی ہے اور اسکا طول تقریباً ۱۱ انچ ہوتا ہے۔ یہ اس راستہ کو ظاہر کرتی ہے جو خصیہ نے بن ران کی طرف اترتے ہوئے اختیار کیا تھا۔ یہ ایک طرح سے ایک گزرگاہ ہے جو دیوار شکم کے آر پار جاتی ہے اور اس میں جمل منوی (spermatic cord) ہوتی ہے۔ لیکن یہ کھلی نلی کی طرح کی منفست قنال نہیں ہوتی بلکہ یہ ایک فضا بالقوہ ہے گویا کہ یہ بافت کا ایک خطہ ہے جو اس طرح سے مرتب ہے کہ اس میں سے وہی جسم گزر رہا ہے جو اس میں زور داخل کر دیا گیا ہے۔ یہ دیوار شکم کا ایک رخہ ہے دروازہ نہیں اور یہ رخہ فتق کی اکتسابی قسموں میں زور پڑنے سے مکمل جاتا ہے اور عریض ہو جاتا ہے۔

جب فتق قنال اُربی میں واقع ہوتا ہے تو یہ سامنے کی طرف پوششوں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق اور عضلات موربہ داخلہ کے زیریں ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف یہ رداے مستعرضہ (transversalis fascia) و تر متقدہ کہ اوٹنٹ ردا (معکوس اُربی رباط) پر لگن ہوتا ہے۔ اسکے اوپر عضلات مستعرضہ و موربہ داخلہ ایک محراب بناتے ہیں اور اسکے نیچے وہ زاویہ ہوتا ہے جو اُربی (پوپارٹ کے) رباط اور رداے مستعرضہ کے اتحاد سے بنتا ہے۔ مفتوق رودہ تاجہ (sac) میں پایا جاتا ہے جو ہمیشہ باریطون سے بنتا ہے۔ غلٹی فتق میں یہ تاجہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے اور غیر طبعی طور پر منفتح "زائدہ غدیہ" (processus vaginalis) سے بنا ہوتا ہے۔ اکتسابی فتق میں

تاجہ جداری باریطون کے اس حصہ پر تکل ہوتا ہے جس کو رودہ نیچے اترتے وقت اپنے آگے دھکیل کر لے آتا ہے۔

خارجی یا سطحی حلقہ حادزاویوں والی مثلث کی طرح کا ہوتا ہے اور عانی شوکہ سے ۱/۲ اینچ اوپر کی اور باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ صیقن کو انگلی کے سرے سے منفر کرنے اور پھر اس کو جل کے سامنے سے اوپر کی طرف لے جانے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے (شکل ۸۹)۔ اگر ناخن جل کے ساتھ

398



شکل ۸۹۔ اُربی اور فہزی قنالوں کے سطحی نشانات۔

م۔ ف۔ ش۔ = حرقہ کا مقدم فوقانی شوکہ۔ اندرونی شکی حلقہ = عمیق یا شکی حلقہ۔ خارجی شکی حلقہ = سطحی یا اربی حلقہ۔

طا کر رکھا جائے تو انگلی کی گدی ہے مثلث درز نما فتحہ باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بالنعوں میں معمولی صورت حالات میں اسیں جھپٹکی کا صرف سرا ہی جاسکتا ہے۔ اندرونی حلقہ بنفوی یا گول ہوتا ہے اور پوپا رٹ کے رباط سے تقریباً ۱/۲ اینچ اوپر اور ازفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقہ شوکہ کے عین وسط میں واقع ہوتا ہے۔ یہ فہزی لفظ (femoral point) کہلاتا ہے اور یہ

اندرونی حصہ کھلا ہوتا ہے اور ان سے دیوار شکم کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ یہ غیر محفوظ یا متناہی رقبہ احتشاء کے نزول میں بہت کم مزاحمت پیش کرتا ہے اور مریض کے بیٹھنے یا اٹھنے میں باہر کی طرف کو ابھرتا ہے۔ مزید برآں صفن بھی جیسا کہ اسکے نوکاحوالہ دیکھنے سے توقع کیا جاسکتی ہے روشاخہ ہوتا ہے۔

فتق

(HERNIA)

397

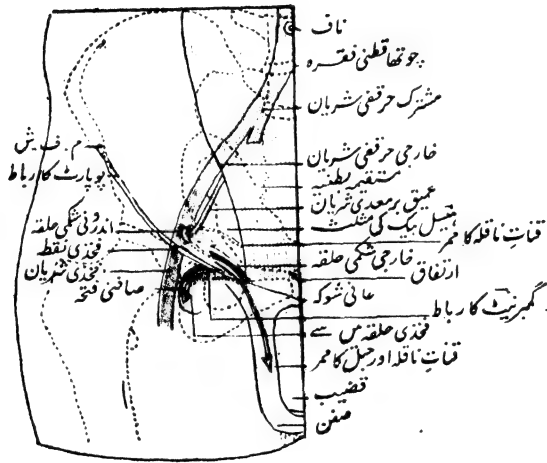
۱۔ **فتق اُربی (inguinal hernia)**۔ اس قسم کے فتق میں مفتوق امعاء قنال اُربی کے تمام طول میں یا اسکے کچھ حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ قنال اندرونی عمیق یا شکمی حلقہ سے لیکر سطحی یا اُربی حلقہ تک ترچھے رخ میں آتی ہے اور اسکا طول تقریباً ۱۱ انچ ہوتا ہے۔ یہ اس راستہ کو ظاہر کرتی ہے جو خصیہ نے بن ران کی طرف اترتے ہوئے اختیار کیا تھا۔ یہ ایک طرح سے ایک گزرگاہ ہے جو دیوار شکم کے آر پار جاتی ہے اور اس میں جمل منوی (spermatic cord) ہوتی ہے۔ لیکن یہ کھلی نلی کی طرح کی منفست قنال نہیں ہوتی بلکہ یہ ایک فضا بالقوہ ہے گویا کہ یہ بافت کا ایک خط ہے جو اس طرح سے مرتب ہے کہ اس میں سے وہی جسم گزر رہا ہے جو اس میں بزور داخل کر دیا گیا ہے۔ یہ دیوار شکم کا ایک رخہ ہے دروازہ نہیں اور یہ رخہ فتق کی اکتسابی قسموں میں زور پڑنے سے کھل جاتا ہے اور عریض ہو جاتا ہے۔

جب فتق قنال اُربی میں واقع ہوتا ہے تو یہ سامنے کی طرف پوششوں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق اور عضلات موربہ داخلہ کے زیریں ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف یہ رداے مستعرضہ (transversalis fascia) و ترنقہ کہ اوٹلٹ ردا (معکوس اُربی رباط) پر تکیا ہوتا ہے۔ اسکے اوپر عضلات مستعرضہ و موربہ داخلہ ایک محراب بناتے ہیں اور اسکے نیچے وہ زاویہ ہوتا ہے جو اُربی (پوپارٹ کے) رباط اور رداے مستعرضہ کے اتحاد سے بنتا ہے۔ مفتوق رودہ تاجہ (sac) میں پایا جاتا ہے جو ہمیشہ باریطون سے بنتا ہے۔ غلٹی فتق میں یہ تاجہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے اور غیر طبعی طور پر منفتح "زائدہ غدیہ" (processus vaginalis) سے بنا ہوتا ہے۔ اکتسابی فتق میں

تماچہ جداری باریکوں کے اس حصہ پر تکل ہوتا ہے جس کو رودہ نیچے اترتے وقت اپنے آگے دھکیل کر لے آتا ہے۔

خارجی یا سطحی حلقہ حادزاویوں والی مثلث کی طرح کا ہوتا ہے اور عانی شوکہ سے ۱/۲ انچ اوپر کی اور باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ عقیق کو انگلی کے سرے سے منہم کرنے اور پھر اس کو جل کے سامنے سے اوپر کی طرف لے جانے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے (شکل ۸۹)۔ اگر ناخن جل کے ساتھ

398



شکل ۸۹۔ اربی اور فقدی قنالوں کے سطحی نشانات۔

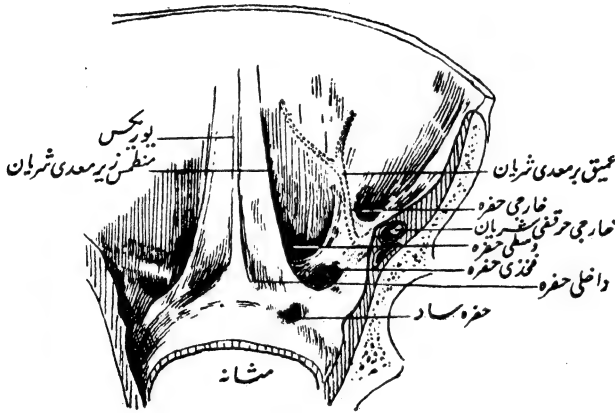
م۔ ف۔ ش۔ حرقہ کا مقدم فوقانی شوکہ۔ اندرونی شکی حلقہ = عمیق یا شکی حلقہ۔ خارجی شکی حلقہ = سطحی یا اربی حلقہ۔

ملا کر رکھا جائے تو انگلی کی گدی بے مثلث درز نما فتح باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بالنعوں میں معمولی صورت حالات میں اس میں جھٹنگل کا صرف سرا ہی جاسکتا ہے۔ اندرونی حلقہ بنیفوی یا گول ہوتا ہے اور پوپاٹ کے رباط سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر اور ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقی شوکہ کے عین وسط میں واقع ہوتا ہے۔ یہ فخذی نقطہ (femoral point) کہلاتا ہے اور یہ

اس مقام کے عین اوپر واقع ہوتا ہے جہاں فغذی شریان پوپا رٹ کے رباط کے نیچے سے شکم سے باہر نکلتی ہے (شکل ۸۹)۔

اربی فتق کی دو برقیں ہیں جو جدو شکم کا اندر کی طرف سے مطالعہ کرنے سے نہایت اچھی طرح سمجھ میں آسکتی ہیں (شکل ۱۹۰)۔ اس طرف سے یہ دکھائی دیکھا کہ باریٹون پرین خطنا جود کے نشان پاٹے جاتے ہیں۔ جو اگر سرسری طور پر کہا جائے (ناف سے لیکر حوضی لگڑنگ جاتے ہیں۔ ان جود میں سے ایک ناف سے لیکر ارتفاق تک جاتا ہے اور خط وسطی کی متابعت کرتا ہے، یہ یوریکس (urachus) کا

399



شکل ۹۰۔ محلات فتق جیسا کہ یہ دیوار شکم کی اندرونی (باریٹونی) جانب سے دکھائی دیتے ہیں۔
(مرکل : Merkel کے مطابق)

قائم مقام ہے۔ دوسرا جود فغذی نقطہ سے لیکر ناف تک ایک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے تحتانی یا عمیق برمعدی شریان (deep epigastric artery) کا قائم مقام ہے۔ اور ان دونوں کے درمیان اور خط وسطی کی نسبت برمعدی عرق سے بہت زیادہ نزدیک ایک خط موجود ہے جو منطس زیرمعدی شریان سے بنا ہے (شکل ۹۰)۔ ان جود کی وجہ سے باریٹون پرین حفزے ظاہر

ہوتے ہیں۔ ایک خارجی جو برمعدی شریان کے باہر کی طرف ہوتا ہے ایک اندرونی جو کیڑیں (urachus) اور زیر معدی شریان کے درمیان ہوتا ہے اور ایک وسطیٰ جو موخر الذکر شریان کے راستہ اور برمعدی نٹہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ شکمی حلقہ برمعدی شریان کے عین باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اسکا محل باریطون میں ایک نشیب کے موجود ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (شکل ۹۰)۔ جب کوئی فتق اربی قنال کے تمام طول میں سے گذر جاتا ہے تو یہ موربہ (oblique) یا بالواسطہ (indirect) کہلاتا ہے۔ اس قسم کے فتق کے غلاف وہی ہونگے جو جبل کے ہوتے ہیں۔ یعنی جلد، ردا کی سطحی اور خارجی منوی (میان کستونی جو عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق کے ریشوں سے مشتق ہوتی ہے) اور معلق (عضلہ موربہ داخلہ کی تہ سے) اور اندرونی منوی (قع نما جو مستعر فصہ کی ردا سے حاصل ہوتی ہے) تھیں، زیر باریطونی بافت اور باریطون۔

جب فتق تحتانی برمعدی (inferior epigastric) شریان کی وسطانی جانب سے اس فضا میں سے نکلتا ہے جو مستقیم برمعدی (recto-epigastric) (ہیل بیک کی: Hesselbach's) مثلث کے نام سے موسوم ہے تو اسے فتق بلا واسطہ (direct) کہتے ہیں۔ بلا واسطہ فتق کی دو شکلیں ہو سکتی ہیں۔ ایک میں رودہ مذکورہ بالا وسطیٰ حفرہ میں سے نکل کر آتا ہے اور دوسری میں اندرونی حفرہ میں سے زیر معدی (hypogastric) شریان اور عضلہ مستقیمہ کی بیرونی کور کے درمیان سے باہر آتا ہے۔ وسطیٰ حفرہ اربی یا خارجی حلقہ کے راسی یا بیرونی حصہ کے تقریباً بالمقابل ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں سے جو فتق نمودار ہوگا وہ قنال اربی میں ترچھے فتق کے داخل ہونے کے مقام سے ذرا نیچے داخل ہوگا اور اسکے غلاف وہی ہونگے جو اس فتق کے ہوتے ہیں۔ اندرونی حفرہ اربی حلقہ کے اندرونی حصہ کا تقناظر یا اسکے بالمقابل ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں سے جو فتق ظاہر ہوتا ہے اس کو متحد و تراور معکوس اربی رباط مزاحم آتے ہیں۔ یہ ساختیں یا تو فتق پر طرح تن جاتی ہیں کہ اسکا ایک غلاف بن جاتی ہیں یا مشترک و ترقق سے منقبت ہو جاتا ہے یا فتق اسے ایک طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ بہر کیف فتق اربی حلقہ میں تقریباً بلا واسطہ گھس آتا ہے۔

بلا واسطہ اربی فتق کا مقابلہ بالواسطہ اربی فتق سے۔ موربہ فتق جو

شکمی حلقہ میں داخل ہو جاتا ہے بعض اوقات زائدہ غمدیہ (processus vaginalis) کے

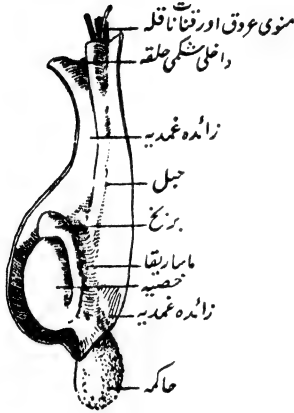
کسی بقیہ حصہ میں واقع ہوتا ہے اور اس لئے اپنی پیدائش کے لحاظ سے نموی ہوتا ہے مگر بلا واسطہ فتق کبھی خلقی نہیں ہوتا۔ خلقی مورب فتق میں اُربی قنال کے خاکہ اور متعلقہ مختلف حصص کے علاقہ جات میں بہت کم خلل واقع ہوتا ہے اور اس قسم کے اور بلا واسطہ قسم کے فتق میں جو اختلافات ہیں وہ ظاہر ہیں مگر اکتسابی مورب فتق میں بلا واسطہ قسم کے مقابلہ میں اتنا اختلاف نہیں پایا جاتا جتنے کی کہ امید کی جاسکتی ہے۔ قبل الذکر فتق میں حصص کے باہر کی طرف متواتر کھینچنے کی وجہ سے شکمی حلقہ اُربی حلقہ کے کم و بیش نزدیک آجاتا ہے اور قنال کے طول اور اسلئے فتق کے ترچھے پن میں بھی معتد بہ کمی واقع ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ان دونوں اقسام کے فتق کے محوروں میں ایسے اختلافات نہیں پائے جاتے کہ ان سے ان فتق کی نوعیت فوراً ظاہر ہو جائے لیکن بلا واسطہ فتق ترجیح پر پیچھے جا کر سیدھا پیٹ کے اندر چلا جائے گا اور بلا واسطہ پرانے مریضوں میں بھی خفیف سا مگر محسوس بیرونی رخ اختیار کرے گا۔ بلا واسطہ فتق کی ترجیح کے بعد عضلہ مستقیمہ کی کور روزن کی اندرونی جانب پر باسانی محسوس کی جاسکتی ہے۔ اندرونی فتقی دہنہ کے لحاظ سے عمیق بر معدی (deep epigastric) نثریان کا محل وقوع اس کا فیصلہ کرنے کے لئے کہ آیا فتق بلا واسطہ ہے یا بلا واسطہ ایک صحیح ترین معیار ہے۔

مورب فتق کے اقسام جن کا انحصار زائدہ غمدیہ کے خلقی نقائص

پر ہوتا ہے نزول خصیہ۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ جنین میں خصیہ گردہ کے خط سے دیوار شکم کے ایک راستہ سے صفن میں آتا ہے اور یہ راستہ بعد میں اُربی قنال کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔

اس نزول سے پیشتر باریطون کا ایک زائدہ جو زائدہ غمدیہ کے نام سے موسوم ہے صفن میں چلا جاتا ہے۔ خصیہ عام طور پر جنینی زندگی کے ساتویں مہینہ میں شکمی حلقہ میں داخل ہوتا ہے اور ٹھوس مہینہ میں صفن میں پہنچ جاتا ہے۔ نزول کے اس عمل کے سمجھنے میں جس کی تحقیق جان ہنٹر (John Hunter) نے تقریباً ۵۰ سال پیشتر کی تھی اکثر غلطی ہوتی ہے۔ حاکمہ (gubernaculum) (شکل ۹) نامی بافت کی ٹھوس اور بندوق کی گولی کی طرح کی ایک ڈاٹ ہوتی ہے جو خالص عمل نمو کے ذریعہ سے دیوار شکم میں سے گھس کر صفن میں چلی جاتی ہے اور اپنے ساتھ باریطون کا ایک کیسی یا انڈیبی زائدہ زائدہ غمدیہ — لیجاتی ہے جس میں خصیہ اور برنخ (epididymis)

بند ہوتے ہیں۔ حاکم کا زمرین یا نامی سرا سر بیج النکاتر خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ اسکا اوپر کا حصہ جو گلوب صغیر (globus minor) اور صفن کی ماساریقا سے چسپید ہوتا ہے غیر مخطط عضلی بافت سے بنا ہوتا ہے۔ یہ قرین قیاس ہے کہ حاکم کا نامی سرا غیر طبعی حالتوں میں اپنے راستے سے بھٹک سکتا ہے اور خصیہ کو قضیب کی جرد کی طرف یا باہر کی طرف بن ران میں یا پیچھے کی طرف بجان میں لے جا سکتا ہے جس سے اسکا محل خارج الکروز اور خارج الصفن ہو جاتا ہے۔ ہنٹر (Hunter) کی رائے جسکی تائید ان ثبوتوں سے ہوتی ہے جواب جمع کئے گئے ہیں یہ تھی کہ عمل نزول کی تنظیم خصیہ کے کامل نمو سے اور شاید اسکے اندرونی افراز سے ہوتی ہے۔ لہذا اگر خصیہ غیر مکمل ہو تو نزول بند ہو جاتا ہے اور خصیہ یا تو شکم ہی میں رہ جاتا ہے یا اُربنی قنال میں ٹھہر جاتا ہے۔



زائدہ غمدیہ اکثر پیدائش پر کھلا پایا جاتا ہے۔ تین چار ماہ کے بچوں میں بھی یہ ربط ۳۰ تا ۴۰ فیصدی واقعات میں کھلا رہتا ہے۔ زائدہ غمدیہ کا وہ حصہ جو خصیہ کو محصور کئے ہوتا ہے طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) بن جاتا ہے اور جو متطول انبوی حصہ اسکے اور شکمی حلقہ کے درمیان ہوتا ہے وہ رسنکی زائدہ (process funicularis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

جس طریقہ سے زائدہ غمدیہ علیحدہ ہو جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے :- یہ دو مقامات پر منقبض ہو جاتا ہے، عیق یا شکمی حلقہ پر اور بزرخ کے عین اوپر ایک مقام پر۔ یہ انطاس پہلے پہل بالعموم بلبند تر مقام پر شروع ہوتا ہے۔ اگر یہ فرض کر لیا جائے کہ انطاس ان دونوں مقامات پر واقع ہو چکا ہے تو ابھی درمیان کے زائدہ غمدیہ کی قائم مقام ایک منفرد نلی ہوگی۔ یہ نلی جلد ہی سکڑ جاتی ہے اور سکڑتے سکڑتے ایک جبل کی شکل اختیار کر لیتی ہے جسکی کچھ اہمیت نہیں ہوتی۔ لیکن بعض اوقات

شکل ۹۱۔ زائدہ غمدیہ۔ حاکم۔ اور عقی شینہ کے تعلقات انسانی جنین کے خصیہ کے ساتھ۔

اسکا کچھ حصہ منفست بھی رہ جاتا ہے اور اگر اس منفست حصہ میں سیال جمع ہو جائے تو ”جبل کا کیسہ بند قیلہ مائیہ“ (encysted hydrocele of the cord) پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں تک اسکے بند ہونے کے طریقہ کا تعلق ہے تین واقعات کے ظہور پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور ہر ایک سے ایک خاص قسم کا فتق پیدا ہوتا ہے۔ (۱) ممکن ہے کہ ”زائدہ“ بالکل بند ہی نہ ہو (۲) اور ممکن ہے کہ وہ اوپر کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو (۳) یا صرف نیچے کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو۔

۱۔ جب تمام کا تمام زائدہ غمدیہ کھلا ہو تو رودہ شکی نظام عضلی کے ضغط سے صفن میں گھس سکتا ہے۔ اس قسم کی حالت خلقی فتق (congenital hernia) کے نام سے موسوم ہے۔ یہاں پر معا باریطون کے ایک بڑے سے تاج میں پائی جاتی ہے جس کا کھلا دہنہ شکی حلقہ پر واقع ہوتا ہے۔ خلقی کی اصطلاح مغالطہ انگیز ہے کیونکہ یہ فتق شاذ و نادر ہی بوقت پیدائش موجود ہوتا ہے۔ اگرچہ زندگی کے ابتدائی حصہ میں یہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔

۲۔ جب یہ زائدہ صرف شکی حلقہ پر بند ہوتا ہے تو طبقہ غمدیہ جو حد سے زیادہ بڑا ہوتا ہے اس دہنہ تک پھیلا ہوا پایا جاتا ہے۔ اگر فتق بجائے تو یہ بعض اوقات زائدہ غمدیہ کو منفرک کر دیتا ہے اور یہ فتق صبیانی (infantile) یا کیسہ بند (encysted) فتق کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی حالت میں طبقہ غمدیہ تاج کے سامنے واقع ہوتا ہے اور اسلئے رودہ تک پہنچنے سے مستثنیٰ باریطون کی تین تہوں کو کاٹنا پڑتا ہے۔ ”صبیانی“ کی اصطلاح اس فتق کے لئے اسلئے متعلق ہوتی تھی کہ جن واقعات کے متعلق پہلے اطلاع دی گئی تھی وہ شیرخوار بچوں میں پائے گئے تھے۔ ”کیسہ بند“ (encysted) کی اصطلاح کا استعمال اسلئے کیا گیا تھا کہ فتقی تاجہ طبقہ غمدیہ میں بند سمجھا جاتا تھا۔

۳۔ رکتی زائدہ (funicular process) بعض اوقات شکی حلقہ سے لیکر خصیہ کی چوٹی تک کھلا رہتا ہے اور وہاں ختم ہو جاتا ہے اور طبعی طبقہ غمدیہ اس سے اور آگے بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر اس زائدہ میں فتق ہو تو یہ رکتی زائدہ کے اندر کا فتق (hernia into the funicular process) کہلاتا ہے۔

اگر مردہ موضوع میں قنال اُربی کھول دی جائے اور رودہ کے ایک حصہ کو شکم میں سے صفن میں کھینچنے کی کوشش کی جائے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ ماسا ریتیکا کے چھوٹے ہونے کی وجہ سے ایسا نہیں کیا جاسکتا۔ لہذا ہر ایک صفنی فتق کے لئے یہ ضروری ہے کہ ماسا ریتیکا لمبی ہو جائے اور

ہمارے پاس جو ثبوت موجود ہیں وہ اس امر پر دلالت کرتے ہیں کہ فتق کے بننے پر یہ تپول مکتب ہو جاتا ہے۔

فتق کی پیدائش کے سلسلہ میں ایک اور امر پر بھی بحث کرنا ضروری ہے اور وہ شکم کے اندر کا نٹاؤ یا دباؤ ہے۔ جب مزدور زمین پر سے بھاری وزن اٹھاتا ہے تو شکم کا عضلی نظام زور سے اپنا فعل کرتا ہے جس سے احتشاء مضبوط ہو جاتے ہیں اور شکم کے اندر کا دباؤ پارہ کے ۱۰۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے یا اس سے زیادہ بھی ہو جاتا ہے۔ جب کچھ روتا یا کھانا یا رفع حاجت کے وقت کا کھتا ہے تو درون شکمی دباؤ دفعۃً بڑھ جاتا ہے۔ مضبوط احتشاء دیوار شکم کے کمزور ترین مقامات کی تلاش کرتے ہیں جو شکمی حلقہ اور دوسرے حلقہ جات کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے متحد حصے احتشاء کو شکمی حلقہ میں سے باہر نکلنے سے باز رکھتے ہیں میٹر جارج چین (Mr. George Chiene) نے اس امر کا مشاہدہ کیا ہے کہ جب کسی مریض کو کانکھنے کے لئے کہا جاتا ہے تو یہ عضلہ زور سے منقبض ہوتا ہے اور اربی قتال کے اندر داخل کی ہوئی انگلی مستحضر و تور اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے درمیان پکڑی جاتی ہے۔ جن مردوں کو بھاری بوجھ اٹھانا پڑتا ہے ان میں فتق بچید کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

مخورتوں میں اربی قتال زیادہ چھوٹی اور زیادہ تنگ ہوتی ہے گو مردوں کی نسبت یہ ذرا لمبی ہوتی ہے۔ اس میں رباط مستدیر موجود ہوتا ہے اور یہ اس قدر مزاحمت پیش کرتی ہے کہ اکتسابی اربی فتق مخورتوں میں اتنا ہی نادر الوقوع ہے جتنا کہ یہ مردوں میں کثیر الوقوع ہے۔ مؤنث جنین میں باریطون کا ایک زائدہ رباط مستدیر کے ساتھ تھوڑی دوز تک نیچے اتر آتا ہے۔ یہ مردوں کے زائدہ غمدیہ کا متناظر ہوتا ہے اور قتال نک (canal of Nuck) کہلاتا ہے۔ اگر یہ زائدہ منفسخ رہے جیسا کہ اکثر رہ جاتا ہے تو اس سے ایک فتق پیدا ہو جاتا ہے جو مردوں کے فتق حلقہ کی متناظر ہوتا ہے۔ زندگی کے کافی ابتدائی حصہ میں فتق کی تقریباً اربی قسم ہی لڑکیوں میں پائی جاتی ہے بشرطیکہ فتق نسری کو مستثنیٰ قرار دے دیا جائے۔ بیض بھی فتقی تاج کے مشکولات میں اکثر پایا جاتا ہے۔ کیونکہ نوزائیدہ بچہ میں بیض عوضی لگر کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے اور اندر فتق حلقہ کے نسبتہ قریب ہوتا ہے۔ ابتدائی اربی فتق کی ایسی تمام مثالوں میں رودہ منفسخ زائدہ غمدیہ

میں سے اترتا ہوتا ہے۔

صرف یہ کہنا باقی رہ گیا ہے کہ اُربی فتن کی غمز (taxis) سے ترجیح کرتے وقت ران کو سمیٹ د اور مقرب ہونا چاہئے۔ کیونکہ شکم کی جن دیواروں سے اُربی قنال کے حدود بنے ہوتے ہیں وہ اس وضع میں نہایت ڈھیلی ہو جاتی ہیں۔ ران کی یہ وضع اربی خط پر زیادہ تر ان جسد گول کے ذریعہ سے اثر انداز ہوتی ہے جو دائیہ عریض (fascia lata) اور اُربی (پوپارٹ کے) رباط کے درمیان پائی جاتی ہیں۔

اُربی فتن کے کلی علاج کے لئے تاجہ کو ضرور دور کر دینا چاہئے۔ اور دیوار شکم میں

جو رخ نہ ہوا اسکی مرمت کر دینا چاہئے۔ پہلا مرحلہ زیادہ ضروری ہے اور بچوں میں اکثر صرف یہی مطلوب ہوتا ہے۔ معمولی عملیہ میں پوپارٹ کے رباط کے اندرونی نصف کے متوازی اور اسکے پانچ اوپر ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ سطحی برمعدی اور سطحی خارجی حیائی (pudic) عروق کاٹ کر باندھ دئے جاتے ہیں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق میں خارجی حلقہ میں سے شگاف دے دیا جاتا ہے۔ اسکے بعد جل کو اٹھالیا جاتا ہے اور اسکے غلافوں میں شگاف دے کر رادی کو روں والا تاجہ شناخت کر لیا جاتا ہے اور اس پر سے تمام غلافات اور جل کے دوسرے اجزاء کا زکے ذریعہ سے تقطیع کر کے مکمل طور پر اتار لئے جاتے ہیں۔ اسکے بعد اسے کھوکھر مشمولات سے خالی کر دیا جاتا ہے اور اندرونی شکمی حلقہ پر باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر وتر متحدہ کو جل کے پیچھے پوپارٹ کے رباط سے ٹانگ دیا جاتا ہے اور اسکے سامنے عضلہ موربہ خارجہ کے شگاف کی مرمت کر دی جاتی ہے۔ متحدہ وتر کو رباط مذکور سے ٹانگتے وقت خمدار سوئی کا اوپر سے نیچے کی طرف کو استعمال کرنا چاہئے تاکہ فغذی عروق کے قریب آکر اسکی نوک ان سے دور رکھی جاسکے۔ مزید برآں ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا گیا ہے جنہیں عمیق برمعدی (deep epigastric) شریان سہواً دوخت میں شامل کر لی گئی ہے۔ اور پھرتے ہوتے وقت قوی عضلی فعل سے کچ کر خارجی حرقنی (external iliac) سے ٹوٹ کر علحدہ ہو گئی ہے۔ اس نادر الوقوع حادثہ سے بچنے کے لئے صرف اس امر کا ہی یقین کرنا ضروری ہے کہ وتر متحدہ موضوعہ کی سب سے باہر کی دوخت کی گرفت میں اچھی طرح سے آگیا ہے اور وہ اسکو بالکل منقبت تو نہیں کرتی۔

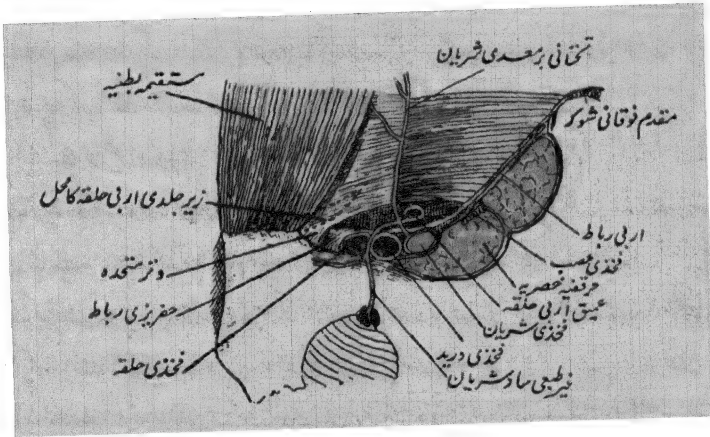
اگر اندرونی دہنہ پر یا اسکے نزدیک کسی مضیق بند کا کاٹنا ضروری ہو تو بلا واسطہ یا بالواسطہ فتق میں عمیق برآمدی شریان کے متوازی اوپر کی اور اندر کی سمت میں بغیر کسی خطرہ کے شکاف دیا جاسکتا

فخذی فتق (femoral hernia) - اس قسم کے فتق میں رودہ شکم میں سے فخذی حلقہ

میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹۲)۔ اور فخذی قنال میں سے گذر کر ران میں چلا جاتا ہے۔ فخذی حلقہ اور قنال اس تنگ وقفہ کا نام ہے جو فخذی ورید اور فخذی غلاف کی اندرونی دیوار کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اُربی قنال کی طرح یہ بھی ایک حقیقی قنال ہونے کی بجائے قنال بالقوہ ہے۔ فخذی قنال قیف نما اور پانچ لمبی ہوتی ہے اور صافنی فتح (saphenous opening) (میسوی جغرفہ fossa ovalis) کے بالمقابل ختم ہو جاتی ہے۔ اگر اُربی رباط پر عانی شوک اور فخذی نقطہ کے عین وسط پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ عین فخذی حلقہ کے اوپر واقع ہوگا۔ صافنی فتح کا مرکز اس نقطہ سے پانچ نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ ۳۹۸)۔ فخذی فتوق ہمیشہ اکتسابی ہوتے ہیں اور انکا ایک تاجہ ہوتا ہے جو اس جداری باریطون سے مشتق ہوتا ہے جو فخذی حلقہ اور اسکے قرب و حوا پر پایا جاتا ہے۔ یہ حلقہ عورتوں میں مردوں کی نسبت بہت بڑا ہوتا ہے، اسلئے فخذی فتق قبل الذکر میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ چونکہ رودہ کھانسنے یا بھاری وزن اٹھانے یا کانکھنے سے بار بار ایک ایسے حلقہ پر دبنا رہتا ہے جو غیر طبعی طور پر کش دہ ہے، اس لئے یہ باریطون اور صافنی فاصل (septum crurale) (یہ نام اس زیر باریطونی بافت کو دیا گیا ہے جو فخذی حلقہ کو پوشیدہ کئے ہوئی ہے) کو اپنے آگے دھکیل کر ایک تاجہ بنا لیتا ہے اور فخذی غلاف میں داخل ہو جاتا ہے جب یہ تقریباً پانچ انچ اتر آتا ہے تو اس غلاف کے انضمام اسکو اور نیچے کی طرف بڑھنے سے روک دیتے ہیں۔ اسلئے یہ صافنی فتح میں سے نکل کر آگے کی طرف کو چل دیتا ہے اور ردائے غربالی کو جو اس فتح کے اوپر ہوتی ہے آگے دھکیل دیتا ہے۔ اسکے بعد یہ ایک غلاف سطحی ردا اور جلد سے بھی حاصل کرتا ہے۔ چونکہ فخذی حلقہ کے ارد گرد کی ساختیں استوار ہوتی ہیں اسلئے تاجہ کی گردن کا ہمیشہ چھوٹا ہونا ضروری ہے۔ ایسے ہی وجہ کی بنا پر فخذی قنال میں اسکے ابعاد لازمی طور پر بہت ہی کم ہوتے ہیں اگر جب یہ ایک دفعہ صافنی فتح (saphenous opening) میں سے نکل جاتا ہے تو کیچ ران کی ڈھیلی ڈھالی زیر جلدی بافت اسکو بڑھنے کا کافی موقع دیتی ہے۔ جب فتق صافنی فتح میں سے نکل چکتا ہے تو اس کا میلان

اوپر کی طرف کو اُربی رباط پر سے مقدم فوقانی شوکہ کی سمت میں بڑھنے کی طرف ہوتا ہے اور جب یہ ایک معتد بہ حد تک اس رباط پر تکرکب بھی ہو جاتا ہے تو اسے غلطی سے بھی اُربی رباط بمشکل ہی خیال کیا جاسکتا ہے کیونکہ اسکا عانی شوکہ کے باہر کی طرف اور نوپارٹ کے رباط کے نیچے ہمیشہ واقع ہونا لازمی ہے۔ فتقی تاجہ اُربی ردا کی عمیق تھوں (ردائے سکارپا: Scarpa's fascia) سے دیہی ہوتا ہے۔

تعلقات۔ جب فتق فخذی قنال میں پایا جاتا ہے تو اسکے سامنے جلد، سطحی ردا،



شکل ۹۲۔ حرقنی حلقہ اور اس کے تعلقات جیسا کہ عمقی یا باریطونی جانب میں سے دکھائی دیتے ہیں۔

ردائے عریف (fascia lata) کا حرقنی حصہ، ردائے غرابی (fascia cribrosa) اور فخذی غلاف کی مقدم دیوار ہوتی ہے اور اسکے پیچھے فخذی غلاف کی موخر دیوار اور ردائے عریف (fascia lata) کا عانی حصہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور ہڈی ہوتی ہے۔ حرقنی حلقہ کے حدود یہ ہیں۔ سامنے کی طرف اُربی رباط اور فخذی غلاف۔ پیچھے کی طرف ردائے عریف اور عضلہ مشطیہ سے ڈھکی ہوئی ہڈی۔ اندر کی طرف وتر مستعدہ، گمبرنیٹ (Gimbernath) کا رباط اور عمقی

ساقی محراب کا اندرونی حصہ باہر کی طرف فخذی ورید جو غلاف کے اندر ہوتی ہے (شکل ۹۲) جیل منی (مردوں میں) فخذی حلقہ کے عین اوپر واقع ہوتی ہے اور عمیق برآمدی (deep epigastric) شریان اسکی اوپر کی اور باہر کی حد پر سے گذرتی ہے۔ سات میں سے دو واقعات میں شریان ساد (obturator artery) عمیق برآمدی شریان میں سے نکلتی ہے۔ ۱۰ فیصدی واقعات میں اس قسم کی غیر طبعی شریان ساد حرقفی حلقہ کی اندر کی طرف سے گذرتی ہے اور تنخین کے لئے جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انہیں اسکے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے (شکل ۹۲)۔ بقیہ واقعات میں یہ شریان نیچے کی طرف کو آتی ہوئی اس حلقہ کے باہر کی طرف پہنچ جاتی ہے اور بعض اوقات اسکو عبور بھی کرتی ہے (آر۔ کوئین: R. Quain)۔ اس حلقہ کے قریب جو عروق پائے جاتے ہیں انکے علاوہ ایک عانی ورید بھی ہوتی ہے جو ورید ساد میں سے جو درقی سوراخ میں ہوتی ہے نکل کر اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور خارجی حرقفی (external iliac) ورید میں داخل ہو جاتی ہے۔

فخذی قتال کی جسامت اور اسکے دہنہ پر کئے تناؤ کا درجہ جارح کی وضع کے ساتھ ساتھ بہت بدلتا رہتا ہے۔ اگر ان بسط کردگی اور تبعید کی حالت میں ہو اور باہر کی طرف گردش کئے ہو تو یہ جیسے بہت تنیدہ ہوتے ہیں اور جب جارح ختم کردگی اور تقریب کی حالت میں ہو اور اندر کی طرف گردش کئے ہو تو یہ نہایت ڈھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا جب غمز (taxis) کے لئے کوشش کی جا رہی ہو تو ران کو مؤخر الکر وضع ہی میں رکھنا چاہئے۔

فخذی فتق کے لئے جو عملیہ کیا جاتا ہے اس میں فتق تک پہنچنے کا بہترین راستہ میری (سی۔ سی۔ چوائس کی) رائے میں مندرجہ ذیل وجود کی بنا پر اُربی خط میں سے ہے۔ (۱) تاجہ اُربی رباط کے اوپر اور نیچے معر کیا جاتا ہے۔ (۲) قتال کا سب سے اوپر کا حصہ آسانی سے بند کیا جاسکتا ہے۔ (۳) حفز نری رباط (lacunar ligament) بخوبی دکھائی دیتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے بخوبی دیکھ کر کاٹا جاسکتا ہے۔ (۴) اگر غیر طبعی شریان ساد موجود ہو تو وہ دکھائی دیتی ہے اور حفز نری رباط کو کاٹتے وقت اسکی حفاظت کی جاسکتی ہے۔ (۵) اوپر لکھی قسم کا اُربی فتق بھی موجود ہو تو وہ دریافت کیا جاسکتا ہے اور اسکا تذکر بھی کیا جاسکتا ہے۔

اربی قتال کے اوپر ایک شگاف دیا جاتا ہے اور عضلہ موربہ خارجیہ کا صفاق خارجی شکی حلقہ سے لیکر باہر کی طرف کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ موربہ داخلہ اور وز مستعدہ اور جیل منوی کی باکشی

اوپر کی طرف کو کر دیجاتی ہے اور حفز فی رباط (lacunar ligament) معر کر لیا جاتا ہے۔ اس رباط سے عین باہر کی طرف کو ردائے متعرضہ (جو نیچے کی طرف فخذی غلاف کی مقدمہ کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے) تقریباً ۱/۲ انچ تک متعرضاً کاٹ دیجاتی ہے۔ اور شکاف فخذی وریڈ تک پہنچنے سے پہلے ہی ختم ہو جاتا ہے۔ اب تاجہ کی گردن نظر آسکتی ہے اور تھوڑی سی کنڈ تقطیع سے منفرد کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد اُربی جلدی شکاف کو باز کشوں کے ذریعہ سے پوپارٹ کے رباط کے نیچے تک کھینچ لیا جاتا ہے۔ سطحی ردائے کاٹ دیا جاتا ہے اور تاجہ کے قعر کو جو عام طور پر اُس منضم اور موٹی چربی سے ڈھکا ہوتا ہے جو ساقی فاصل اور بیرونی شحمی تہ سے مشق ہوتی ہے معر کر لیا جاتا ہے۔ اسکے بعد تاجہ کی تقطیع ساقی قنال تک بہت اچھی طرح سے کر لیجاتی ہے۔ اکثر واقعات میں اُربی رباط کے اوپر اور نیچے ذرا سی دست وری کرنے سے تاجہ کو اس سے اوپر لیجا سکتا ہے۔ اسکے بعد اسکو کھول لیا جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے خالی کر لیا جاتا ہے اور باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ اگر قنق کا منہ چوڑا ہو تو بندھی ہوئی گردن کو اس جگہ سے ہٹایا جاسکتا ہے اور کسی ایسی جگہ کے ساتھ ٹانگے لگا کر سیجا جاسکتا ہے جہاں عضلی دیوار مضبوط ہو لیکن یہ عام طور پر غیر ضروری ہوتا ہے۔ اسکے بعد بالائی فخذی تھوڑی سی سن (Lotheisen) کے عملیہ کے ایک مرممہ طریقہ سے بند کیا جاسکتا ہے۔ اُربی رباط، وزمخہ اور عانہ کی سطح کے اوپر کی تمام بافتوں میں سے دوختیں گزار دیجاتی ہے۔ اس طرح حرقفی مشطی گردنی رباط (ilio-pectineal ligament) periosteal ligament (کو تیر کا رباط: Cooper's ligament) اور شائد عضلہ مشطیہ (pectineus) کے کچھ ریشے گرفت میں آجاتے ہیں۔ جب ان دوختوں کو باندھا جاتا ہے تو فنتی سوراخ اچھی طرح سے بند ہو جاتا ہے۔ ان دوختوں کو گزارنے وقت جراح کو اپنی بائیں انگشت اشاریہ فخذی وریڈ پر رکھنا چاہئے تاکہ یہ اس وقت ضرر سے اور آئندہ تضیق سے محفوظ رکھے بہت عریض دہنہ جات کو اربی رباط کو مشطیہ (pectineus) کے اوپر کی ردائے عریض کے عانی حصہ کے ساتھ ران میں ٹانگے لگا کر جوڑنے سے اور بھی زیادہ محکم طور پر بند کیا جاسکتا ہے۔ اگر تاجہ ساقی قنال میں سے مشمولات کے خواص یا انکی جسامت کی وجہ سے نہ گزارا جاسکے تو اسے ران میں کھولا جاسکتا ہے اور دوسرے مشمولات کی ترجیح کرنے کے لئے ثرب کی ایک کافی مقدار کاٹ دیجاتی ہے۔ اگر مشمولات ممنوق ہو گئے ہوں تو انکو عام طور پر حفز فی رباط (lacunar ligament) کو چاقو سے اوپر کی اور اندر کی طرف دبا کر کاٹ دینے سے آزاد کر دینا چاہئے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے

کہ مشمولات پھر بھی حرکت ناپذیر رہتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں یا تو ربنی رباط کو کاٹا جاسکتا ہے یا اسکی عظمی جھپیدگی کو چھیننے سے علحدہ کیا جاسکتا ہے (ہے گروووز: Hey Groves) اور اس ضرر کی تلافی بعد میں ٹائیکس یا کیل لگانے سے کر دی جاتی ہے۔

۳۔ فتق ساد (obturator hernia)۔ اس قسم میں رودہ باریطون

زیر باریطونی شحم اور حوضی ردا کو اپنے آگے دھکیل لیتا ہے اور قنال ساد میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹، صفحہ ۳۹۹)۔ اس قنال کا رخ نیچے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے۔ ربنی قنال فخذی قنال سے پوٹارٹ کے رباط کے اندرونی حصہ سے علحدہ ہوتی ہے اور فخذی قنال ساد قنال سے عظم عانی کی افقی فرع سے علحدہ ہوتی ہے۔

قنال سے گذر کر فتق بعض اوقات غنائے ساد اور عضلہ سادہ خارجہ (obturator

externus) کے درمیان چلا جاتا ہے اور گہرائی رہتا ہے۔ یا بعض اوقات یہ اس عضلہ میں سے یا اسکے اوپر سے نکل آتا ہے۔ اس حالت میں یہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور عضلہ مقسریہ قصیر (adductor brevis) سے ڈھکا ہوتا ہے۔ شریان ساد (obturator artery) قاعدہ

تاج کے خارجی اور موخر حصہ پر ہوتی ہے اور بہت ہی شاذ طور پر یہ اسکے سامنے کی طرف ہوتی ہے۔

عصب ساد (obturator nerve) عام طور پر تاج کے باہر کی طرف پایا جاتا ہے اور اس کے

سامنے کی طرف یہ کم تر واقع ہوتا ہے۔ عصب کے قرب کی وجہ سے اس پر دباؤ پڑنے کا بہت احتمال

ہوتا ہے اور اس فتق کا اکثر ایک نمایاں خاصہ یہ ہوتا ہے کہ عصب مذکور کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔

فتق عضلہ مشطیہ (pectineus) کے نیچے اور کولمے کے کسبہ کے اندر کی طرف فخذی عروق کے نیچے

اور اندر کی طرف اور عضلہ مقربہ طویل (adductor longus) کے وتر کے باہر کی طرف ظاہر ہوتا

ہے۔ کولمے کے جوڑ کو حرکت دینے پر درد کا پایا جانا بالعموم ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ عضلہ سادہ

خارجہ (obturator externus) ران کو جبکہ یہ خفیف سی تبعید کی حالت میں ہو اندر کی طرف

گردش دینے سے تنیدہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ فتق بہت ہی نادر الوقوع ہے مگر عورتوں میں یہ نسبتاً زیادہ

کثرت سے پایا جاتا ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ قنال ساد کے دہنہ کا امتحان کسی حد تک ہل سی

کیا جاسکتا ہے۔

۴۔ فتق کے نادر الوقوع اقسام۔ عجابی فتق (perineal hernia)

میں تاجہ جو حوضی ڈایا فرام کی شکمی جانب کی ردا (مستقیمی مثانی ردا : recto-vesical fascia) سے پوشیدہ ہوتا ہے رافع مبرز عضلہ (levator ani) کے سامنے کے ریشوں میں سے غدہ قدیمہ

اور معائے مستقیم کے درمیان سے نکلتا ہے۔ ور کی مستقیمی فتق (ischio-rectal hernia)

میں بروز ور کی مستقیمی حفرہ میں واقع ہوتا ہے۔ حیائی فتق (pudendal hernia) میں تاجہ

لب فرج کے موخر اور تحتانی نصف میں پایا جاتا ہے اور ور کی صمودی فرع اور مہل کے درمیان سے نکلتا ہے۔ یہ غلطی سے دوبرہ بھی تصور کیا جا چکا ہے۔ نسائی فتق (sciatic hernia) میں

رودہ بڑے عجزی نسائی کٹاؤں سے اندرونی حرقنی (internal iliac) عروق کے سامنے کی

طرف سے عضلہ کمریہ (pyriformis) کے اوپر یا نیچے سے نکلتا ہے اور عضلہ الویکیر (gluteus

maximus) کے نیچے آکر ظاہر ہو جاتا ہے۔ سری فتق (umbilical hernia) کے متعلق پہلے

جو کچھ کہا جا چکا ہے (صفحہ 385) اسکے علاوہ اور کچھ نہیں کہا جاسکتا سوائے اسکے کہ تاجہ اپنے

محل کے لحاظ سے تقریباً ہمیشہ ثرب پر مشتمل ہوتا ہے اور بعض اوقات اس میں معدہ بھی شامل ہوتا

ہے۔ قطنی فتق (lumbar hernia) میں رودہ عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus

lumborum) کے سامنے سے نکلتا ہے اور پٹی (Petit) کی مثلث (عضلہ عریضہ ظہریہ اور عضلہ

موربہ خارجہ کا درمیانی وقفہ) میں سے گذر کر سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے اور اسلئے یہ حرقنی عرف

(iliac crest) کے بلند ترین مقام کے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔ تاجہ لازمی طور پر یا تو قطنی ردا اور

عضلات موربہ داخلہ کو اپنے آگے دھکیل لاتا ہے اور یا (بحالات تفرس) انہیں سے گذر آتا ہے کیونکہ

ان ساختوں سے مثلث مذکور کا فرش بنتا ہے۔ فتق ”بالائی قطنی مثلث“ میں سے بھی نکل سکتا ہے اور

یہ مثلث ایک وقفہ ہے جو آخری پٹی کے قریب ہوتا ہے اور جہاں عضلہ متفرعہ (transversalis)

کا صفاق صرف عضلہ عریضہ ظہریہ سے ڈھکا ہوتا ہے میکریڈی (Macready) لانسٹ ۸ نومبر

ڈایا فرامی فتق (diaphragmatic hernia) خلقی بھی ہوتا ہے اور کتبانی

بھی۔ قبل الذکر قسم نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ ڈایا فرام کے نوک کے صرف اقص رہ جانے اور صدر اور شکم کے درمیان کے ابتدائی تعلق کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس تعلق کا محل اس لمبی وقفہ سے ظاہر ہوتا ہے جو آخری پسلی سے نکلنے والے اور خارجی محرابی (external arcuate) ربا (جانبی قطنی ضلعی محراب: lateral lumbocostal arch) سے نکلنے والے ریشوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ خلقی قسم دائیں جانب پر بہت ہی شاذ طور پر واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ جگر کا نمواس طرف کے پورائی باریطنی فتح کو بند کر دیتا ہے۔ کتبانی قسم میں جو بالعموم کسی کچلنے والے حادثہ کا نتیجہ باندھ کے زخم کا عاقبہ ہوتی ہے ڈایا فرام کسی مقام پر بھی دریدہ ہو سکتا ہے۔ مگر واقعات کی اکثریت میں ضربائیں گنبد میں معدہ کے اوپر موجود ہوتا ہے۔ ایک بالغ موضوع میں جبکی تقطیع ڈاکٹر این پلر (Dr. N. Paterson) نے کی تھی بائیں مراق کے شکلی مشمولات بائیں پورانی کہف میں موجود تھے بائیں گنبد میں ایک بڑا سا روزن تھا۔ یہ حالت زمانہ حیات میں شناخت نہیں کی گئی اور بظاہر اس سے کوئی نمایاں علامات نہیں پیدا ہوئے تھے۔ غیر متخص ڈایا فرامی فتق کے اس قسم کے واقعات قلیل الوقوع نہیں۔ مگر انجام کار تہہ کے علامات کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اعفاس معدہ کا اپنی جگہ سے لٹنا نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اسکے بعد مستعرض قولون شرب، معائے صغیر طحال، جگر، بلبہ اور گردوں کا نام علی الترتیب آتا ہے۔ بعض اوقات یہ فتق سوراخ براؤے مری میں سے گزر جاتا ہے۔ مگر اس سوراخ میں سے یہ کمی نہیں گذرتا جو وریا جو (vena cava) کے لئے ہوتا ہے اور نہ یہ فتح اور طیہ (hiatus aorticus) ہی میں سے گزرتا ہے۔ معدہ کا ایک جزوی فتق جو مریوی دہن میں سے گذر جاتا ہے قلیل الوقوع نہیں ڈیوی۔ ای۔ ایچ۔ ال۔ (W.A.E. Waller) نے ایک ۱۹ سال کی عمر کے نوجوان مرد کا واقعہ درج کیا ہے جو تہہ (obstruction) کے مبہم علامات کے ساتھ فوت ہو گیا تھا۔ معدہ مریوی دہن میں محسوس پایا گیا تھا اور اسکا زیادہ تر حصہ بائیں پورائی کہف میں گذر گیا تھا۔ یہ فتق جن حصوں کو عام طور پر منتقب کرتا ہے وہ قدامی بافت کے

وہ وقفے ہیں جو آگے کی طرف ڈایا فرام کے قصی اور ضلعی مبدائوں کے درمیان اور پیچھے کی طرف اسکے فقری اور ضلعی مبدائوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ فتوق مردوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

فخزی اور اُربی عطفات - زمانہ حال میں آر۔ ڈبلیو۔ مری (R. W. Murray)

نے اس کثرت کی طرف توجہ دلائی ہے جس سے باریٹون کے عطفات فخزی اور اُربی قنالیوں کے فتحوں پر پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۹۰ صفحہ ۳۹۹)۔ ۲۰۰ امتحانات بعد الموت میں اسکو ۵۲ فخزی اور ۱۳ اُربی عطفات ملے مگر باوجود اسکے فتق ایک بھی موجود نہ تھا۔ بعض اوقات میں اُربی تاجے زائدہ عمدیہ (processus vaginalis) سے بن جاتے ہیں۔ مگر تمام فخزی قسمیں اور غالباً اُربی قسموں میں سے اکثر جلدور کی اُس لینی بافت کے راستہ دینے سے پیدا ہوتی ہیں جو فخزی اور اندرونی شکمی حلقوں پر پانی جاتی ہے ان خلطوں میں باریٹون لچکدار ہوتا ہے اور دیوار شکم سے یہ جھلتی اسقدر ڈھیلی چپکی ہوتی ہے کہ تھوڑے سے درون شکمی دباؤ سے بھی یہ برز کر آتی ہے۔ علاج کے تمام طریقوں میں شکمی اور فخزی حلقوں کے خطہ پر باریٹون کا محکم انضمام حاصل کرنے کے لئے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں۔

موشکی جلد

(Posterior Abdominal Parietes)

شکم کی جانبی اور موخر دیواروں پر اندر کی طرف مستعرض اور حرقنی دو ردائوں کا استر موجود ہوتا ہے۔ ردائے مستعرض (transversalis fascia) تمام عضلہ مستعرضہ کے لئے استر کا کام دیتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ اس ردائے اطہاتی ہے جو ڈایا فرام کو پوشیدہ کرتی ہے اور نیچے کی طرف یہ حرقنی خوف اور تمام اُربی رباط سے ہر جگہ چسپیدہ ہوتی ہے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فخزی غلاف کی مقدمہ بنانے کے لئے ران میں چلی جاتی ہے۔ حرقنی ردائے (iliac fascia) عضلہ حرقنیہ خصریہ

(ilio-psyas muscle) کو محصور کرتی ہے، اور جو حصہ عضلہ خصریہ (psyas) کے اوپر موجود ہوتا ہے وہ زیادہ باریک ہوتا ہے۔ یہ حصہ عجز کی اندرونی جانب پر عمود شو کی سے ان مقامات پر چسپید ہوتا ہے جو عضلہ خصریہ کے مبدائوں کے قناطر ہوتے ہیں۔ اور کی طرف یہ اندرونی محرابی رباط (ligamentum arcuatum internum) (وسطانی قطنی ضلعی محراب mediai lumbo-costal arch: سے اور باہر کی طرف قطنی ردا lumbar fascia) کی مقدمہ سے عضلہ خصریہ کی بیرونی کور کے ساتھ ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ ردا عضلہ خصریہ (iliacus) کو محصور کرتی ہے اور یہ صرف عجز اور حوض کی لگڑ اور اُربی رباط سے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فخذی غلاف کی موجودگی اور بنانے کے لئے اس رباط کے نیچے سے گذرتی ہے چسپی ہوتی ہے۔ یہ عضلہ صرف فیہ خصریہ پر اس کے انتہی تک چلی جاتی ہے اور ردا سے عجز ریش (fascia lata) سے ملکر ختم ہو جاتی ہے۔

ان رباطات کی ترکیب خراج کی ترقی اور اسکے رخ پر بہت اثر انداز ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر کوئی خراج ردا سے ستر عرض کے نیچے واقع ہو تو اسکا منہ یا تو صرف عجز کے یا اُربی رباط کے عین اوپر سے لگا اور یا یہ جبل منوی کے ساتھ ساتھ چلا جائے گا اور قناط اُربی کو متمدد کر دیگا۔ صرف ردا عضلہ فیہ خصریہ کو ایک بہت نمایاں عظمی صفاقی فصا میں بند کئے ہوتی ہے۔ اس ردا اور عضلہ (خاص کر اسکی صرف قفی قسمت) کے درمیان ڈھیلی اتصالی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے اور اسلئے اس خط میں زیر ردا فی خراجات کو ترقی کرنے کے لئے ہر ایک سہولت مہیا ہوتی ہے۔ یہ عظمی صفاقی فصا شکم میں تقریباً تمام اطراف سے بند ہوتی ہے اور صرف نیچے کی طرف ہی کھلی ہوتی ہے اور یہاں سے یہ ردا عضلہ کے ساتھ ہی ران میں چلی جاتی ہے۔ چونکہ یہ فتمہ اس فصا کے زیر ترین حصہ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خصری (psyas) یا صرف قفی (iliac) خراج باہر ران کے بالائی حصہ پر فخذی عروق کے مین باہر کی طرف نمودار ہوتا ہے اور نیز اسکا رجحان ان عروق

کے پیچھے چلے جانے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ جو خراج صرف قفی حفرہ میں واقع ہوتا ہے اس کا زیادہ تر رجحان اگرچہ ران میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے، مگر بعض اوقات یہ اوپر کی طرف فوقانی چسپید گیوں تک بھی چڑھ جاتا ہے اور صرف قفی عجز پر یا پوپارٹ کے رباط کے بیرونی حصہ پر نمودار

ہو جاتا ہے۔ یا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ بالحاظ اندرونی چسپیدگیوں کے یہ حوض میں تنہا ہو جاتا ہے۔ اگر مریض کو مدت تک لیٹ رہنا پڑے تو کوئی وجہ نہیں کہ یہ عضلہ خصریہ کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو کیوں نہ پھیلے۔

بہر کیف حرقفی خراج (iliac abscess) کی اصطلاح کا استعمال اکثر پیپ کے ان اجتماعات پر کیا جاتا ہے جو حرقفی ردا سے لمبا رشتہ فضا کے اندر نہیں ہوتے، بلکہ زیر باریطانی انفصال بافت میں ہی واقع ہوتے ہیں۔ یہ بافت حرقفی حفرہ میں بہت وسیع اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے تاکہ باریطون میں وہ پھیلاؤ پیدا ہو سکے جو اُور، قولون، مثانہ، رحم اور معائے ستقیم کے بھرنے اور خالی ہونے کے لئے لازمی طور پر درکار ہوتا ہے۔ اس میں قچی مادہ کے بڑے بڑے اجتماعات پیدا ہو جاتے ہیں یا حوض سے شروع ہو کر اس میں پھیل جاتے ہیں۔ پو پارٹ کے رباط کے اوپر کچھ فاصلہ پر (1/4 تا 2 انچ) زیر مصلی بافت کثیف ہو جاتی ہے اور باریطون مضبوطی سے پیوستہ ہو جاتا ہے۔ اسلئے اس قسم کے خراج حرقفی حفرہ ہی میں رہتے ہیں اور دیوار شکم کو اربنی رباط کے عین اوپر باہر کی طرف کو نکال دیتے ہیں اور یہ اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو حرقفی اور مستعرضی رداؤں کے اتحاد سے بنتا ہے۔ بعض حالتوں میں ان کا میلان حوض میں پھیل جانے کی طرف ہوتا ہے۔

جب خراج زیر مصلی بافت میں واقع ہوتا ہے تو یہ بعض اوقات سے اور خاص کر اُور اور حرقفی قولون سے قریبی طور پر متماں ہوتا ہے اور قولون کے انہی حصوں میں یہ پھٹ جاتا ہے۔ حوض کے اندر کے پس باریطونی خراجات (حوضی خلوی التهاب: pelvic cellulitis) بعض اوقات اوپر چڑھ کر حرقفی حفرہ میں پہنچ جاتے ہیں اور بطور حرقفی خراجات کے ظاہر ہو جاتے ہیں اور انعام کار شکم کی مقدم دیوار کے زیرین حصوں میں بہت سے فقعات بن جاتے ہیں جن میں سے یہ خالی ہو جاتے ہیں۔

یہ معلوم کر لینا مناسب ہو گا کہ مشترک (common) اور خارجی حرقفی (external iliac) عروق، عروق لف اور مالبین حرقفی ردا کے باہر واقع ہوتے ہیں اور اسکی شکلی سطح پر متکثر ہوتے ہیں۔ اور مقدم ساقی (anterior crural) اعصاب اور قطنی (lumbar) اعصاب کے شکلی حصے مذکورہ غلطی صفاقی فضا کے اندر ہوتے ہیں۔ چنانچہ درون ردا فی خراج

بعض اوقات ذرا سی مزاحمت کے بعد حرقی عروق کے ساتھ ساتھ ران میں پہنچ جاتا ہے اور بوں رانی اجتماع مقدم ساقی (anterior crural) عصب کی متابعت کرتا ہے۔

حصری خراج (psaos abscess) یعنی وہ خراج جو عضلہ حصریہ

(psaos muscle) کے رانی غلاف میں پایا جاتا ہے بالعموم مود فقری کی بوسیدگی سے پیدا ہوتا ہے گو اس مرض سے تعلق رکھنے کے بغیر بھی یہ نمودار ہو سکتا ہے۔ اگر مود فقری کا قطنی حصہ مآؤف ہو تو پیپ براہ راست اس عضلہ کے جسم میں داخل ہو جاتی ہے۔ جسے یہ کم و بیش مکمل طور پر تباہ کر دیتی ہے۔ اگر مرض مود فقری کے لہری حصہ میں موجود ہو تو مادہ مود فقری کے سامنے کی جانب کے ساتھ ساتھ متعذب ہو جاتا ہے حتیٰ کہ عضلہ حصریہ کے سروں سے اسکا علاقہ پیدا ہو جاتا ہے اور اسے ایک تنگ راستہ سے گزرنا پڑتا ہے۔ اس عضلہ کے ساتھ ساتھ جو پیپ اترتی ہے وہ بخام کا ران میں پہنچ جاتی ہے اور عروق کے پیچھے سے گزر جاتی ہے اور عام طور پر انہی اندرونی جانب پر بن ران کے مین نیچے نمودار ہو جاتی ہے۔

قلنی خطہ - جن عضلات شے شکم کی جانبی اور موضریواریں بنتی ہیں اور جو

حرقی عرف اور سب سے نیچے کی پسلی کے درمیان کے فاصلہ کو پُر کرتے ہیں وہ یہ ہیں :- عضلہ موربہ خارجہ (external oblique) عضلہ عریفہ لہریہ (latissimus dorsi) عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) عضلہ مستعرضہ (transversalis) معدائے قطنی (fascia) (lumborum) کے عضلہ ناصبہ شکم (erector spinae) و عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) - حرقی عرف سے لیکر قریب ترین پسلی (بالعموم گیارہویں) کی نوک تک سنٹی میٹر سے لیکر سنٹی میٹر تک کا فاصلہ ہوتا ہے اور اوسط فاصلہ ۸، ۱۰ سنٹی میٹر یعنی ۲ انچ سے ذرا ہی کم ہوتا ہے (ایڈیسن: Addison)۔

عضلہ موربہ خارجہ اور عضلہ عریفہ لہریہ نیچے کی طرف ایک مثلث نما وقفہ (پیشانی کی مثلث) کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں مگر اوپر کی طرف ان میں ترکب پایا جاتا ہے۔ یہ وقفہ عورتوں میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ ناصبہ شکم (erector spinae) (عضلہ مجوزہ شکم)

sacro-spinalis) کا بیرونی کنارہ قطنی خط میں ایک مفید امتیازی نشان کا کام دیتا ہے۔ حرقہ کے عرف پر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) کا بیرونی کنارہ عضلہ ناصبہ شوقیہ (erector spinæ) سے ایک انچ آگے نکل جاتا ہے مگر بارہویں سہلی پر یہ اس عضلہ سے ایک انچ اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱۰ صفحہ ۴۸۱)۔ پیٹی (Petit) کی مثلث عضلہ ناصبہ شوقیہ (erector spinæ) سے ۱ تا ۲ انچ آگے بڑھ کر یا حرقہ قطنی عرف کے وسطی نقطہ کے عین پیچھے ہوتی ہے۔

آخری سہلی اور حرقہ قطنی عرف کے درمیان کثیف قطنی ردا (fascia lumborum) تنی ہوتی ہے جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) کا موخر صفاق ہے۔ سہلی کے نزدیک اسے آخری بین ضلعی شریبان اور عصب، اور حرقہ کے قریب حرقہ قطنی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب اور اسکی رفیق شریبان منتقب کرتے ہیں۔ انہی ساختوں کے ساتھ ساتھ خراج بعض حالتوں میں اس ردا میں سے نکل جاتا ہے۔ یہ ردا پیچھے کی طرف تین تہوں میں منقسم ہو جاتی ہے اور اس طرح جو خاص فضا میں بنتی ہیں ان میں عضلہ مربعہ (quadratus) اور عضلہ ناصبہ شوقیہ (erector spinæ) بند ہوتے ہیں۔ وسطی تہ ان دونوں فضاؤں کے درمیان سے گزرتی ہوئی مستعرض زوائد کی ٹوکوں چلی جاتی ہے۔ ان فضاؤں یا خانوں میں تقیع بعض اوقات محدود رہتا ہے۔ جو قطنی خراج کسی ہم پہلو حصہ مثلاً عمود فقری میں یا اس ڈھیل ڈھالی بافت میں شروع ہوتا ہے جو گردوں کے ارد گرد ہوتی ہے و در دائے قطنی (fascia lumborum) یا عضلہ مربعہ (quadratus) کو منتقب کر کے بالعموم پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

بابت دوم

باریٹون اور غذائی خطہ

باریٹون۔ بعض احتیاطاً مثلاً معدہ الطحال اور معائے صغیر باریٹون سے آنے قریبی طور پر محصور ہوتے ہیں کہ یہ غشا انکے زخمی ہونے سے لازمی طور پر اور انکے التهاب سے اکثر ماؤف ہو جاتی ہے۔ دوسرے اعضا مثلاً گردہ، قولون نزولی، بلب و غیرہ زیر مصلی غشا سے آنے غیر مل طور پر ڈھکے ہوتے ہیں کہ باریٹون بعض اوقات متاثر ہونے سے بچ جاتا ہے۔ مثلاً گردہ کے گرد و نواح میں بڑے بڑے خراج بن سکتے ہیں۔ معائے صغیر کے شقب میں جو از خود واقع ہو جائے باریٹون کا ماؤف ہونا لازمی ہوتا ہے۔ مگر بخلاف انکے اثنا عشری اور قولون نزولی میں بعض اوقات ایسا منتقب واقع ہوتا ہے جس سے مادہ مصلی غشا کو خطرناک طور پر متاثر کئے بغیر زیر مصلی یافت میں چلا جاتا ہے۔ جراثیمی سرایت زیادہ آسانی سے واقع ہو جاتی ہے اگر حمل کا مبدا باریٹون کی باہر کی جانب کی بجائے اسکی اندر کی جانب پر ہو۔ چنانچہ اس غشا کی اندرونی جانب پر ذرا سی پیپ کے نکل آنے سے التهاب پیدا ہو سکتا ہے اگر اسکی بیرونی سطح بعض اوقات پیپ میں ڈوبی رہتی ہے (جیسا کہ بڑے بڑے گرد گلوئی اور حوضی خراجات میں ہوتا ہے) اور التهاب باریٹون کے کوئی حادث علامت پیدا نہیں ہوتی۔ ان اثرات کے سمجھنے کے لئے یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جو عفونی مادہ باریٹون کی آزاد سطح پر موجود ہو اس کے لئے ایک وسیع رقبہ موجود ہوتا ہے جس پر یہ بغیر کسی روک ٹوک کے پھیل سکتا ہو

اور جس سے باسانی منعذب ہو سکتا ہے اور ہم فی الحقیقت اس امر سے آگاہ ہیں کہ سیال اشیا باریطونی کہفہ سے لمفی نظام میں جلد گزر جاتے ہیں۔ کارمین (carmine) کے ذرات اس کہفہ میں اشرب کرنے کے سات منٹ بعد صدری قنات (thoracic duct) میں سیال میں معلق پائے جاتے ہیں۔ زیر ڈایا فرامی رقبہ میں انخذاب سریع ترین ہوتا ہے (ڈن بار (Dunbar اور ریمی: Remy) اور حوض میں کافی آہستہ ہوتا ہے۔ اس لئے التهاب باریطون کی حالتوں کے علاج میں نیم افتادہ (semi-recumbent) وضع (فاؤڈر کی وضع) مفید ہوتی ہے۔

باریطون ایک معتد بہ حد تک کچھ سکتا ہے بشرطیکہ کچھ اور صرف تدریجی ہو۔ یہ امر اعدا کے تدریجی تمدد کے حالات میں فوق کی حالت میں تاجہ کے بننے اور پس باریطونی سلعات کے بڑھنے میں اکثر دیکھا جاتا ہے۔ اس غشا کا فوری کچھاؤ یقیناً انشقاق پیدا کر دیتا ہے۔ جداری باریطون ضرب سے احتشاک کو ضرر پہنچنے کے بغیر بھی پھٹ سکتا ہے۔

ثرب کبیر (great omentum) کے اپنے محل کی وجہ سے زخمی ہونیکا بہت امکان ہوتا ہے۔ پیٹ کی دیوار کے چھوٹے چھوٹے زخموں میں یہ بعض اوقات ایک موثر ڈاک کا کام دیتا ہے جو زیادہ اہم ساختوں کے اخراج کو مانع آتی ہے۔ اسکے فعل کی اب تک مکمل طور پر تعین نہیں کی گئی۔ مگر باریطون کے انخذابی رقبہ کو یہ بلاشبہ وسیع کر دیتا ہے اور اس امر کی بھی شہادت موجود ہے کہ جراثیمی حملہ کی مدافعت کرنے میں یہ مرگرمی سے حصہ لیتا ہے۔ چنانچہ بی۔ ایچ۔ ہسٹن (B. H. Buxton) نے یہ معلوم کیا ہے کہ خرگوشوں میں باریطونی کہفہ میں عقیماخر (typhoid bacilli) کی کاشتوں کا اشرب کرنے کے جلد بعد ثرب کے یک نواقی مفید جیسے ان عقییات سے بھرے ہوئے پائے گئے۔

ثرب کبیر ایک مختلف الحدود و فیض جامد پوش کی شکل کا ہوتا ہے۔ اسکا میلان بائیں جانب کو ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ یہ میاں معدہ (mesogaster) سے پیدا ہوتا ہے اور بائیں جانب کے فوق میں اسکے بہت کثرت سے شامل ہونے کی توضیح بھی اسی امر سے ہوتی ہے۔ لیکن اسکی آزاد کوڑکی وسعت حرکت بہت زیادہ ہوتی ہے اور اگر مشکم میں کوئی ملہب رقبہ موجود ہو تو اسکا میلان اسکی طرف نقل کرنے اور اس سے منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کا یہ خاص مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس قسم کے انفعالات سے قدر رسیدہ احتشاک کا ٹپکاؤ بند ہو جاتا ہے۔

اور ہر قسم کے انصباب کا انتشار محدود ہوتا ہے۔ جب جراح کسی ایسے خطہ دِوخت کو یقینی طور پر محفوظ بنانے کے لئے جسکے ناقص رہ جانے کا شبہ ہو ثرب کا پیوند لگاتا ہے تو وہ اسکی مرعت انضمام سے استفادہ کرتا ہے۔ مزید برآں ثربی انضمامات بعض اوقات ان اعضا میں دورانِ خون پیدا کرنے کے لئے بھی مفید ثابت ہوتے ہیں جن میں طبعی رسدِ خون مسدود ہو گئی ہو۔ جدید اور کلائی یا فتمہ عروق کے ذریعہ سے منضم ثرب اور ماؤف عضو کے درمیان ایک مناسب تفرم واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات بیضی شکل میں ہوتا ہے جسکا پانچ بل کھا گیا ہو۔ جب کہبتِ جگر (hepatic cirrhosis) میں بانی اور نظامی دولاتِ خون میں اتصال پیدا کرنے اور مسدودی جگر کیلئے دورِ صیر (short circuit) بنانے کے لئے ثرب کبیر کو دیوڑا شکل میں مثبت کیا جاتا ہے تو اسی خاصہ سے استفادہ کیا جاتا ہے۔

لیکن ثربی دامنِ بکایہ کر جان جو منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے اگرچہ اکثر مفید ثابت ہوتا ہے مگر بعض اوقات مضر بھی ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے اسی طرح ثربی بند بن بھی جاتے ہیں جسکے نیچے بعض اوقات رودِ مخوق ہو جاتا ہے۔ مزید برآں فتق میں مشمول ثرب بعض اوقات تاجہ اور دوسرے مشمولات سے اس مضبوطی سے منضم ہو جاتا ہے کہ اسکی ترجیع میں مانع آتا ہے اور بعض اوقات تختیق تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔ بعض اوقات اس سے خود رودہ کے ارد گرد ایک قسم کا دوسرا تاجہ بن جاتا ہے (ثرربی تاجہ: omental sac)۔ الہتانی انضمامات کے بعد ثرب میں بعض اوقات درزیں اور سوراخ بن جاتے ہیں اور انیس رودہ کا جو حصہ چھین جاتا ہے وہ مخوق ہو جاتا ہے۔

ماساریقا (mesentery)۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی میں کس قدر اختلاف کا امکان ہوتا ہے۔ جس مقام پر اسکی چسپیدگی اوپر سے شروع ہوتی ہے وہ تقریباً مستقل ہوتا ہے اور اثنا عشری کے اختتام کا متناظر ہوتا ہے اور بلبل کے زیرین کنارے کے بلول کے قریب قریب ہوتا ہے۔ اور دوسرے قطنی فقرہ کی مین بائیں جانب پر پایا جاتا ہے (شکل ۹۲)۔ اس مقام سے ماساریقا چسپیدگی ایک ترچھے خط کی متابعت کرتی ہے جو نیچے کی اور دائیں طرف کو جاتا ہے اور بڑے بڑے عروق کو عبور کر کے بقدرِ غیرِ مین طریقہ سے دائیں طرفی حفرہ میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۳)۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی کا طول عام طور پر تقریباً ۶ انچ ہوتا ہے۔ اسکی ترچھی چسپیدگی سے اس امر کا پتہ چلتا ہے کہ جب شکم میں ماساریقا کی دائیں جانب پر انصباب پیدا ہوتا ہے تو سیال پہلے دائیں طرفی حفرہ کا رخ کرتا ہے اور جب یہ اسکی بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے تو پہلے حوض میں جاتا ہے۔

ماساریقا کا طول عمود شوکی سے لیکر معاً تک اسکے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔
 اوسط طول ۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا طویل ترین حصہ وہ ہے جو امعاء کی ان گنڈیوں کو جاتا ہے جو
 اثنا عشری سے ۶ فٹ کے فاصلہ سے لیکر ۱۱ فٹ کے فاصلہ کے اندر اندر واقع ہوتی ہیں۔ (ٹریويز
 Treves: لہذا یہ گنڈیاں امعاء کے ۵ فٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور یہاں ماساریقا کا طول ۱۰ انچ
 تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ گنڈیاں ہمیشہ حوض میں رہتی ہیں اور آسانی مفتوح ہو جاتی ہیں۔ اگر کسی بالغ
 کے تازہ جسم کو جس میں احشاء اور باریلون طبعی ہو کھولا جائے تو معائے صغیر کے چہرہ کا فخذ قنال
 (جو مصنوعی طور پر کھال کر لی گئی ہو) میں سے کھینچ کر ان میں لے آنا یا اربی قنال میں سے کھینچ کر صفحہ
 میں لے آنا ناممکن ہوتا ہے۔ اور یہ ایک حقیقت ہے کہ شکم کے کسی حصہ میں سے کوئی بھی گنڈی اُس
 افقی خط کے نیچے جو عظم حاذق کے شوک کے لیول پر کھینچا گیا ہو شکم میں سے باہر نہیں کھینچی جاسکتی۔
 لہذا یہ ظاہر ہے کہ فخذی اور صفی قنات میں ماساریقا لازمی طور پر یا تو متغول ہو جاتی ہے اور یا اسکی
 چسپیدگی نیچے آ جاتی ہے۔

ماساریقا میں بعض اوقات کچھ سوراخ بھی پائے جاتے ہیں جن میں معاً مغنوق ہو چکی ہے۔
 ان سوراخوں میں سے بعض اور خاص کردہ جو درزوں کی طرح کے ہوتے ہیں تضر سے پیدا ہونے ہیں۔
 اور بعض دباؤ کی وجہ سے ماساریقا کے منجذب ہو جانے سے یا اسکے کسی خلقی نقص سے پیدا ہونے ہیں۔
 ماساریقا کی غیر مل چسپیدگیوں کے واقعات کا اندراج اکثر کیا جا چکا ہے۔ ابتدائی
 چسپیدگی فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) شریان کی ابتدا پر ہوتی ہے اور اس
 مقام سے جینی زندگی کے دوران میں باریلونی انضمام یا تنبیت کا ایک عمل پھیل کر دائیں حرقی
 حفرہ تک چلا جاتا ہے۔ اگر یہ عمل مکمل طور پر بند ہو جائے تو تمام معاً فوقانی ماساریقی شریان کے گرد
 گھوم جاتی ہے جس سے رود کا تسد پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ماساریقا کا صرف یوین حصہ ہی چسپید
 رہے تو لفافنی (ileum) کے یوین اور معائے کبیر کے ابتدائی حصہ میں گردش واقع ہو جاتی ہے۔
 جس سے تسد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ باریلونی انضمامات یا بندوں کی

لے دیکھو آدمی کی معوی قنات اور اسکے باریلون کی تشیح (The Anatomy of the Intestinal Canal

and Peritoneum in Man) - لندن ۱۸۸۷ء

دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ایک وہ جو جنینی زندگی کے دوران میں پیدا ہوتے ہیں جبکہ ماساریقا اور امساوی چسبیدگی شکم کی مومنہ دیوار سے جاری ہوتی ہے (نموی انضمامات) اور ایک وہ جو آئندہ زندگی میں مرض کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (امراضیاتی انضمامات)۔

باریطونی فضا میں اور ربطات۔ باریطون کی ترتیب کی وجہ سے کہفہ شکم متعدد

بالقوہ فضاؤں پر منقسم ہے جو بعض معین ربطوں یا راستوں کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملی ہوتی ہیں۔ جو غذائی مشمولات یا پیپ یا خون باریطونی کہفہ میں بہ آتے ہیں انکا رجحان ان فضاؤں میں سے بعض میں جمع ہو جانے اور انکے بھرنے کے بعد قرب وجوار کی فضاؤں کی طرف ان سمتوں میں جھکی وضاحت بخوبی کیجا چکی ہے چلے جانے کی طرف ہوتا ہے۔ بعض بولفین کو باریطون کی اس ترتیب اور ایک ٹاک کی پن ڈھالوں (watersheds) میں ایک مشابہت نظر آتی ہے۔ اسلئے ان بالقوہ فضاؤں اور راستوں کو بعض اوقات "باریطون کی پن ڈھالوں" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انہیں سے بڑی بڑی فضا میں ہیں۔ (۱) تاچہ صغیر (lesser sac)۔ یہ تاچہ ونسلو (Winslow) کے سوراخ کے ذریعہ سے (۲) زیر جگر کی فضا (subhepatic space) سے ربط رکھتا ہے۔ یہ فضا اوپر کی طرف جگر کی زیرین سطح اور نیچے کی طرف اثنا عشری اور قولون کے کبیدی عوجہ (hepatic flexure) اور مستعرض ماساریقائے قولون اور دائیں گردہ اور دائیں صلیبی قولونی رباط سے محدود ہوتی ہے (نسل ۹۳)۔ (۳) دائیں زیر ڈایا فرامی فضا (right subphrenic space) جو ڈایا فرام اور جگر کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ خط وسطی کی طرف درانتی شکل (falciform) اور اکللی (coronary) رباطات سے محدود ہوتی ہے۔ اور نیچے کی طرف یہ زیر جگر کی فضا میں کہلتی ہے۔ (۴) بائیں زیر ڈایا فرامی فضا (left subphrenic space) اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف جگر کے بائیں نمتہ اور معدہ کے درمیان ہوتی ہے۔ اپنی متناظر دائیں فضا سے یہ درانتی شکل رباط کے ذریعہ سے ملحدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ (۵) گرد دھالی فضا (perisplenic space) سے ربط رکھتی ہے۔ یہ فضا نیچے کی طرف طحالی عوجہ (splenic flexure) اور اسکی ماساریقا اور بائیں صلیبی قولونی رباط اور بائیں گردے سے محدود ہوتی ہے۔ یہ پانچ فضا میں شکم کے فوق ثربی خطہ (supra-omental region) میں واقع ہوتی ہیں۔ اور مستعرض ماساریقائے قولون سے

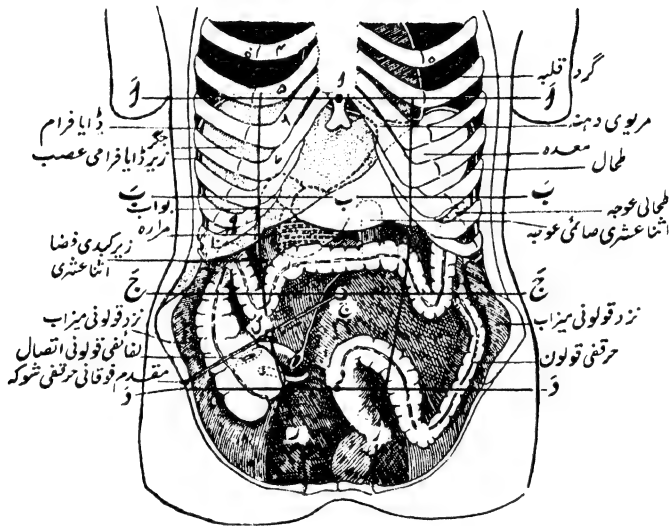
اور ہوتی ہیں۔ متعرض ماساریقائے قولون (transverse mesocolon) کے نیچے دو فضائیں ہوتی ہیں جن میں لمبی حالتوں میں معائے صغیر موجود ہوتی ہے۔ ان میں سے ایک (۶) دائیں تحتانی ثربی (right infra-omental) ہے جو اوپر کی جانب متعرض ماساریقائے قولون سے اور نیچے کی اور بائیں طرف اثنا عشری مہائی اتصال (duodeno-jejunal junction) اور ماساریقائے جواسے محدود ہوتی ہے۔ اور ایک (۷) بائیں تحتانی ثربی (left infra-omental) ہے جو اوپر کی طرف متعرض ماساریقائے قولون سے محدود ہوتی ہے اور دائیں فضا سے یہ اثنا عشری مہائی اتصال اور معائے صغیر کی ماساریقا سے علحدہ ہوتی ہے۔ (۸) ایک فضا جو باقی رہ گئی ہے حوض میں واقع ہوتی ہے یہ عورتوں میں ستقی رحمی (recto-uterine) اور مردوں میں ستقی مثانی (recto-vesical) کہلاتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی فضاؤں کے درمیان صرف متعرض ماساریقائے قولون کے دونوں سروں پر ہی ربط پائے جاتے ہیں۔

زیرکبدی فضاؤں کے بیش بہاؤ کا میلان نیچے کو اس میزاب کی طرف ہوتا ہے جو قولون صعودی کی باہر کی جانب کو ہوتا ہے (دایاں خارجی نزد قولونی میزاب right external paracolic groove)۔ یہ بیش بہاؤ اس میزاب میں سے حرقفی حفرہ میں پہنچ جاتا ہے اور حرقفی حفرہ میں سے یہ حوضی فضا میں چلا جاتا ہے۔ حوض میں سے یہ بعض اوقات بائیں تحتانی ثربی جیب کی طرف اوپر چڑھ جاتا ہے اور وہاں سے سیال مادہ بائیں خارجی نزد قولونی میزاب کی طرف جاسکتا ہے اور یہاں سے ہوتا ہوا گردطالی فضا میں پہنچ سکتا ہے۔ اس بیان میں برنارڈ (Barnard) والیس (Wallace) باکس (Box) جینکنس (Jenkins) اور نیارڈ سمیتھ (Maynard Smith) کی تصانیف کی متابعت کی گئی ہے۔

شکلی احتشاء کی سطحی نشاندہی - شکل ۹۳ میں اوسط آدمی میں احتشاء کا طبعی محل دکھایا گیا ہے اور شکل ۹۴ احتشاء کی اس وضع کو ظاہر کرتی ہے جو وہ استرخائے احتشاء (visceroptosis) (گلینارڈ کے مرض: Glenard's disease) کی بہت نمایاں حالت میں اختیار کر لیتے ہیں۔ اس قسم کی حالتوں کا خامکر لاشعا عموں کی مدد سے مطالعہ کرنے سے یہ معلوم

ہوتا ہے کہ شکمی مشمولات کے طبعی محل کو ظاہر کرنے کے لئے ایک صحیح اور سادہ طریقہ کی بڑی ضرورت ہے۔
 احتشاک بالائی حد قصبی یعنی (sterno-ensiform) (قصی تنجری: sterno-xiphoid) نقطہ
 اور خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاسکتی ہے۔ قصبی سیفی نقطہ (sterno-ensiform point) کا محل
 ضلعی غضروفوں کے راتوں جوڑ کے انتہی کے نیچے ایک نمایاں انحناس سے ظاہر ہوتا ہے۔ قصبی سیفی خط
 اس نقطہ پر سے جسم پرست عرضاً کھینچا جاتا ہے اور اگر صدر طبعی شکل کا ہو تو اسے ضلعی غضروفوں کے

424



شکل ۹۳ شکمی احشاء کے اوسط محل وقوع کو معہ ان کے سطحی نشانات کے ظاہر کرتی ہے۔

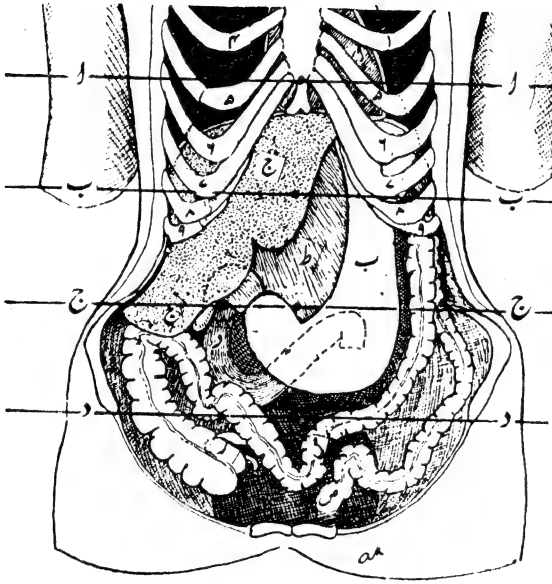
(ایڈیسن: Addison کے مطابق)۔

ا۔ قصبی سیفی نقطہ۔ کو۔ قصبی سیفی خط۔ ب۔ وسطی برآمدی نقطہ۔ ب۔ ب۔ وسطی برآمدی یا بواب خط۔ ج۔ قصبی سیفی خط۔
 ج۔ ج۔ قصبی سیفی خط۔ د۔ وسطی زیر برآمدی نقطہ۔ د۔ د۔ وسطی زیر برآمدی خط۔ س۔ س۔ دائیں اور بائیں عضلات مستقیمہ لٹونیکا
 بیرونی کنارہ۔ س۔ نقطہ مترو۔ عضلات مستقیمہ لٹونیکا کے بیرونی کنارہ پر دائیں شوکی سری خط پر۔

پانچویں جوڑ پر سے گزرا جاتا ہے۔ ڈایا فرام کا دایاں گنبد کھڑے ہونے کی حالت میں اس خط تک پہنچتا ہے

بایاں گنبد اس سے تقریباً ۱ انچ نیچا ہوتا ہے۔ چیت لیٹنے کی حالت میں یہ گنبد نصف انچ اور اوپر کو چلا جاتا ہے۔ مرکزی وترقصی یعنی نقطہ سے ۱ انچ نیچے ہوتا ہے۔ استرخائے احشاء میں ڈایا فرام کے گنبد اور انکے اندر کے احشاء نیچے اتر جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اپنے محلات سے ۱ انچ یا اس سے زائد فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۹۴)۔ وسطی برمعدی (mid-epigastric) نقطہ خط امیض پُرتری او

425



شکل ۹۴ احشاء کے محل کو استرخائے احشاء کی حالت میں ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ و۔ قصی یعنی خط۔ یہ پانچویں ملی غروف سے اوپر اوپر گزرتا ہے۔ ب۔ ب۔ وسطی برمعدی خط۔ ج۔ ج۔ ستری خط۔
د۔ د۔ وسطی زیرمعدی خط۔ و۔ و۔ گرد قلب۔ ب۔ معدہ (جو بہت ہی متغول اور متسع ہے)۔ ج۔ جگر۔ د۔ د۔ اثنا عشری۔
ہ۔ ہ۔ اس متعرج قولون۔ ص۔ ص۔ معائے شقیہ۔ ط۔ ط۔ متغول معدی کبدی ثرب۔

قصی ستری نقطوں کے عین درمیان مقرر کیا جاتا ہے۔ وسطی برمعدی خط (mid-epigastric line)

(ایڈیسن کا علم البواب توی) جسم پر سے اس نقطہ کو کاٹنا ہوا گذرتا ہے۔ یہ بواب اور لبلبہ اور اثناعشر کی ابتدا اور اسکے اختتام کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔ استرخائے احشاء میں یہ احشاء نیچے کی طرف تر تہا تر خط سُری تک پہنچ جاتے ہیں (شکل ۹۲)۔ سری خط (umbilical line) ناف پر سے کھینچا جاتا ہے اور یہ عام طور پر حرقفی عروق کے بلند ترین مقامات کے ذریعے سے گذرتا ہے۔ متعرض قولون اور اثناعشری شکم کو اس خط سے اوپر اور عبور کرتے ہیں اور طہ کی تقسیم اسکے نیچے ہوتی ہے۔ استرخائے احشاء میں متعرض قولون، معدہ کا بوابی حصہ اور اثناعشری خط سُری سے کافی نیچے اتر آتے ہیں (شکل ۹۲)۔ وسطی زیر معدی نقطہ (mid-hypogastric point) خط سُری پر ناف اور ارتفاع عانہ کے عین وسط پر مقرر کیا جاتا ہے۔ یہ عجز کے لطف (promontory) سے تقریباً ۱۰ انچ نیچے ہوتا ہے۔ وسطی زیر معدی خط (mid-hypogastric line) بائیں بن ران میں حرقفی قولون کو اور دائیں بن ران میں اعور کے قعر کو عبور کرتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ بطنیہ کا بیرونی کنارہ (خط ہلالی: linea semilunaris) بھی مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ جس مقام پر یہ دائیں جانب پر ضلعی ماشیہ کو کاٹتا ہے (دایاں ضلعی مستقیمہ نقطہ) وہاں مرارہ واقع ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر معدہ کا انحنائے کبیر زیر معدہ میں سے اس نقطہ پر باہر آجاتا ہے (شکل ۹۳)۔ اگر ناف سے لیکر دائیں قدم فوقانی حرقفی شکم تک ایک خط کھینچا جائے (شوکی سُری خط - spino-umbilical line) تو یہ حرقفی اعوری خط کے لئے مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ نقطہ متنزو (Monro's point) اسی خط پر عضلہ مستقیمہ بطنیہ کے بیرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے۔ لفافنی اعوری سوراخ نقطہ متنزو (Monro) کی دائیں طرف شوکی سری خط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ معائے کبیر کی بعض عام امراضیاتی حالتوں میں اور جردی یا مکمل استرخائے احشاء کے تمام واقعات میں لفافنی اعوری اتصال عوض کی لگر کی طرف ٹل جاتا ہے۔

احشاء اپنے اپنے محل پر شکم کی عضلی دیواروں کے فعل اور باریطونی چسپیدگیوں

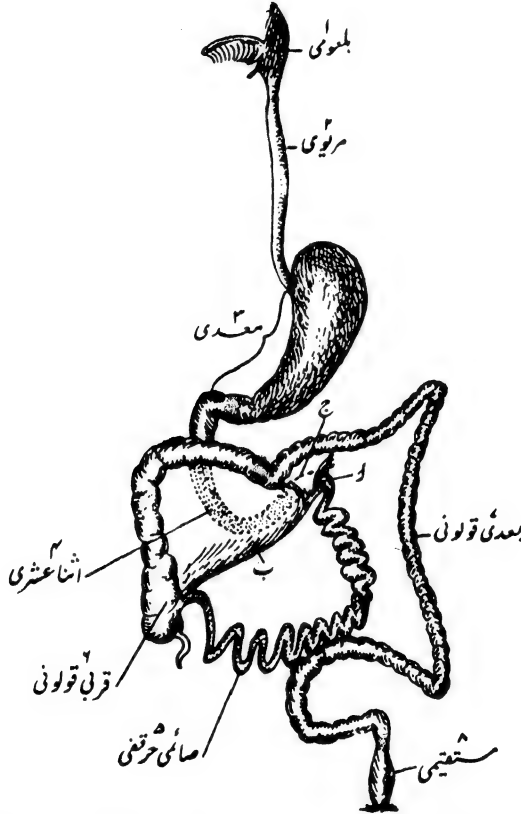
اور عرقی پانچوں کے ذریعہ برقرار رہتے ہیں۔ مگر ان ساختوں میں سے اہم ترین ساختیں عضلات ہیں۔ عضلات موربہ خارجہ و داخلہ، عضلہ مستعرضہ، عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) ڈایا فرام اور عضلہ رافع مبرز (levator ani)۔ یہ اپنے انقباض یا انش سے احشاء کو ایک دوسرے پر

دبائے رکھتے ہیں۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اوپر کے احتشاء کا وزن نیچے کے احتشاء پر پڑتا ہے اور چت لیٹنے کے بعد سیدھا کھڑے ہو جانے پر زندہ جسم میں اوپر کے احتشاء اور ڈایا فرام (الاشعاع کی مدد سے) ۱/۲ انچ یا اس سے زائد نیچے اترتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب شکم کے عضلات اور اسکی دیواروں کو کاٹ کر مردہ کو سیدھا کھڑا کر دیا جاتا ہے تو تمام احتشاء ۲/۲ انچ یا اس سے زائد نیچے گر جاتے ہیں۔ باریطونی رابطات، انعکاسات، ثروب اور ماساریقی میں صرف درجہ حرکت ہی کو محدود کرتی ہیں۔ احتشاء آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتے ہیں تاکہ ڈایا فرام کا وسیع تنفسی فعل واقع ہو سکے۔ باریطونی سہاروں کے علاوہ احتشاء کے دوسرے سہارے بھی ہیں جو عروق اور انکے اتصالی بافت کے خلافات سے بنتے ہیں۔ مثلاً جگر کی چسپیدگی ڈایا فرام سے تنحانی وریڈ (inferior vena cava) کے ذریعے، اور گردوں اور معائے صغیر کی موخر دیوار شکم سے انکے اپنے اپنے عروق کے ذریعے سے۔ جب دیوار شکم کے عضلات کا فعل معطل ہو جاتا ہے تو صرف اس وقت ہی باریطونی اور عرقی سہاروں پر کچھ نہ کچھ بار یا وزن پڑتا ہے۔

غذائی خطہ کا میکانیسم نقل

غذا کو منہ سے لیکر مہرزتک، ایک پیچدار راستہ میں سے جسکا طول اوسط درجہ کے بالغ آدمی میں تقریباً ۲۹ فٹ ہوتا ہے منتقل کرنے کا ایک میکانیسم ہے۔ اس خط میں غذا کے داخل ہونے کے وقت سے فضلہ کے خارج ہونے تک اسکا عضلانی نظام (طولانی اور مدور لمبقات) غذا پر اپنے تصرفات کرتا ہے اور اسے منضبط رکھتا ہے، اور نیز اسے آگے کی طرف کو دھکیلتا ہے۔ معین الاوقات افعال کا ایک پیچیدہ سلسلہ غذا کو اس خط کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ میں بزور دھکیل کر لیجاتا ہے جن میں سے ہر ایک میں ہضم اور جذب کے بعض اعمال سرانجام پاتے ہیں۔ یہ بالکل ظاہر ہے کہ ایسے کثیرالازدحام شارع پر باقاعدہ نقل و حمل کے لئے ایک ایسا اعلیٰ واکمل اشارتی انسدادی نظام (signal block system) ہونا چاہئے جیسا کہ ہم روزانہ ریل کے محکمہ نقل و حمل میں دیکھتے ہیں۔ جب ہم غذائی خطہ کی اس قسم کی تصویر پر نظر ڈالتے ہیں جیسی کہ صفحہ 428 (شکل ۹۵) پر دیکھی ہے تو ہمیں یہ دکھائی دیتا ہے کہ یہ خط چند حصوں پر منقسم ہے۔ ہر ایک حصہ اپنے بعد کے حصہ سے عاصری نقطہ یا خط سے علحدہ ہے۔ سب سے پہلا تقریباً ۱۰ انچ لمبا مریوی حصہ ہے، اور بلعومی خطہ سے یہ زیریں بلعومی

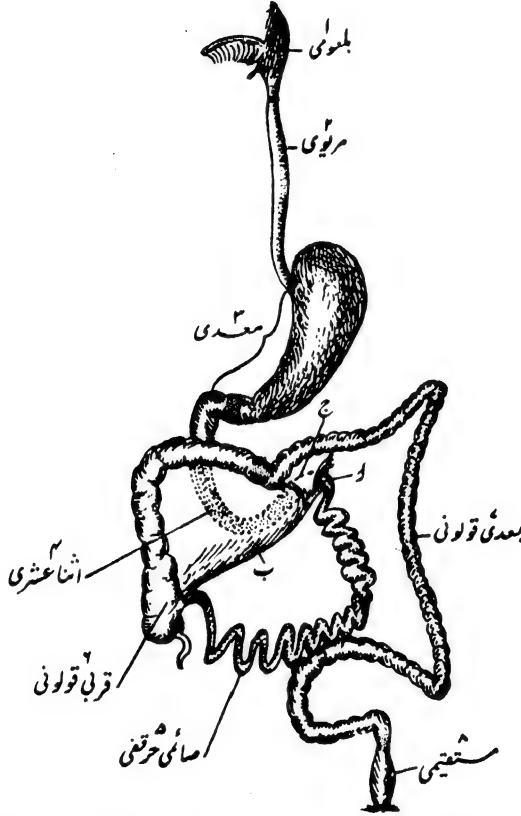
یا بالائی مریوی عاصروہ علیہ ہے اور معدی حصہ سے یہ زیرین مریوی یا قلبی عاصروہ سے علیحدہ ہے۔
ان عاصری نقاط میں سے ہر ایک پر غذا عارضی طور پر ٹھہر جاتی ہے اور اس کا نقل منظم ہو جاتا ہے۔



نمٹل ۹۵۔ غذائی خطہ کے حصوں اور عاصری نقاط کو ظاہر کرتی ہے (موضو الذکر
سرخ بنائے گئے ہیں)۔

۱۔ ب۔ ج۔ باریلونی مشکن جن میں سے تائیمی اور احشائی عصبی ریشے گذر کر خط کے اہم مقامات کو جاتے ہیں۔

یا بالائی مریوی عاصروں سے ملدہ ہے اور معدی حصہ سے یہ زیرین مریوی یا قلبی عاصروں سے ملدہ ہے۔ ان عاصری نقاط میں سے ہر ایک پر غذا عارضی طور پر ٹھہر جاتی ہے اور اس کا نقل منظم ہو جاتا ہے۔



نفسل ۹۵ غذائی خطہ کے حصوں اور عاصری نقاط کو ظاہر کرتی ہے (موشرا لڈر سرخ بنائے گئے ہیں)۔

ا۔ ب۔ ج۔ باریطونی مشکن جن میں سے تائیمی اور اشناعشی معصی ریشے گزر کر خط کے اہم مقامات کو جاتے ہیں۔

429

معدی حصہ قلبی عاصرو سے لیکر بوابی عاصرو تک پھیلا ہوا ہے۔ یہ فاصلہ ہمیشہ اختلاف پذیر ہوتا ہے مگر اسکا طول اوسطاً ۴ تا ۶ انچ تک بیان کیا جاسکتا ہے۔ بوابی عاصرو غذا کو ٹھیکہ لیتا ہے اور اس کے گزریں باقاعدگی پیدا کرتا ہے۔ اسکے بعد اثنا عشری حصہ ہے جو ۱۰ یا ۱۲ انچ لمبا ہے۔ لاشعاع سے مشابہت کرنے پر اثنا عشری کے تیسرے یا آخری حصہ میں ایک اثنا عشری عاصری میکا نیسم ظاہر ہوتا ہے جو بعض امراض یا قی کی کیفیتوں میں خاص طور پر فعال ہوتا ہے۔ اسکے بعد اب طولی لفافنی صافی (ileo-jejunal) خطہ آتا ہے جو ذیلی حالت میں ۵ فٹ لمبا ہوتا ہے اور تھوڑے ہی عرصہ بعد منقبض ہو کر صرف ۱۵ فٹ ہی رہ جاتا ہے۔ یہ حصہ لفافنی اعجوری عاصرو (ileo-caecal sphincter) پر ختم ہو جاتا ہے جو صائی کے مشمولات کے گذر کو جو اعجور کی طرف ہوتا ہے منظم بناتا ہے۔ اسکے بعد قریبی قولونی حصہ آتا ہے جس میں اعجور، زائدہ، قولون صعودی اور قولون مستعرض کا قریبی ٹکٹ شامل ہیں۔ جہاں پر ایک عاصری میکا نیسم ہوتا ہے۔ پھر وسطی قولونی خطہ (mid-colic tract) ہے جو قولونی مشمولات کے قولون کے قریبی حصہ میں سے بعدی حصہ میں گزرنے کو منظم بناتا ہے۔ بعدی قولونی خطہ جو تقریباً ۳ فٹ لمبا ہوتا ہے اور قریبی خطہ کے دو چند طول سے زیادہ ہوتا ہے مستقیم قولونی عاصری خطہ (recto-colic sphincteric tract) پر حوضی قولون اور معائستے ستقیم کے مقام اتصال پر ختم ہو جاتا ہے۔ معائستے ستقیم جو تقریباً ۶ انچ لمبی ہوتی ہے اندرونی عاصرو پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ایک حصہ میں تاخیر واقع ہونے سے دوسرے حصوں کے فعل میں خلل آجانا چاہئے اور ایسا ہی پایا گیا ہے۔

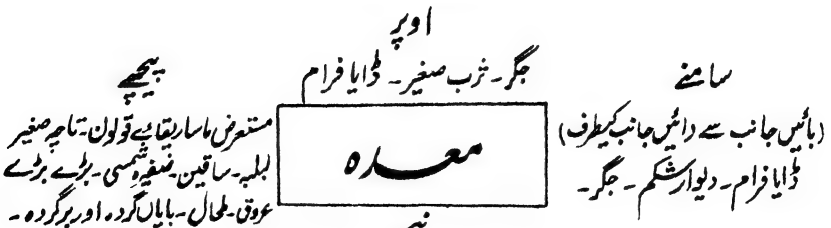
430

ان حصوں میں سے ہر ایک کے عضلی نظام میں عضلہ قلب کی طرح متوازن انقباض کی ایک فطری قوت پائی جاتی ہے۔ ہر ایک حصہ کی رفتار انقباض اپنی اپنی ہوتی ہے اور یہ ست ہوتی ہے۔ معدہ کی ۶ تا ۸ فی منٹ ہے۔ انقباض کی موجیں آہستہ آہستہ تقریباً فی سکند ۱ انچ کی رفتار سے آگے بڑھتی ہیں۔ انقباض کی موجیں جیسا کہ قلب میں ہوتا ہے سب سے زیادہ تحریک پذیر مقامات پر شروع ہوتی ہیں۔ سب سے زیادہ تحریک پذیر نقاط ہمیشہ قطعہ کے قریبی سرے پر واقع ہوتے ہیں اور اس کے نیچے کے حصوں میں تحریک پذیری کم ہوتی جاتی ہے۔ اس لئے موجیں طبعی طور پر مبرز کی طرف کو جاتی ہیں، سوائے وسطی قولونی عاصری خطہ (mid-colic sphincteric tract) کے جہاں حرکات دودیہ کے خلاف اعجور کی طرف کو جانی والی موجیں

پیدا ہو سکتی ہیں اور پیدا ہو بھی جاتی ہیں۔ ضد حرکت دودی غیر طبعی حالتوں میں ہر ایک حصہ کے ہر ایک مقام میں اس مقام کی تحریک پذیری کو زیادہ کرنے سے پیدا کی جاسکتی ہے۔

یہ بالکل ظاہر ہے کہ کوئی ایسا میکانیہ ضرور موجود ہے جو ہمیشہ کام کرتا رہتا ہے اور مختلف قطعات کے افعال کو منظم اور متحرک رکھتا ہے۔ مثال کے طور پر ہمیں یہ معلوم ہے کہ جب معدی حصہ کھانا کھانے کے بعد کام کرنے لگتا ہے تو ساتھ ہی لفافنی کے بعدی حصہ کا فعل بھی شروع ہو جاتا ہے اور ہمیں اس امر کا علم بھی ہے کہ جب اعور زائیدہ یا قربی قولون کا کوئی مرض موجود ہوتا ہے تو لفافنی اعور عاصی کے انقباض کی وجہ سے لفافنی کے زیرین حصہ میں رکود واقع ہو جاتا ہے اور معدی اور لفافنی حصوں کا فعل مختل اور سست ہو جاتا ہے۔ ایسے نتائج ان تمام اعصاب کو جو نخاع متطیل اور جمل شوکی سے نکلتے ہیں۔ اعصاب تائیڈلہری مشارکی اور حوضی اعصاب۔ کالٹنے کے بعد تجربہ حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ تعلقات مرکزی میکانیہ سے نہیں بلکہ مجموعی میکانیہ سے پیدا ہوتے ہیں جو مجموعی عصبی ضفیروں اور نیزانکے متعلقہ ضفیروں اور بالخصوص عضلی معوی (myenteric) (آرباکٹ کے Auerbach's: ضفیروں میں موجود ہوتا ہے۔ یہ ضفیروں اس خط کے بیرونی یا طولانی اور اندرونی یا مدور طبقات کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہم یہ جانتے ہیں کہ مرکزی عصبی نظام اس خط کے حرکی نظام پر تائیدی مشارکی اور حوضی برآر ریشوں کے ذریعہ سے اثر ڈال سکتا ہے اور ڈالتا بھی ہے، لیکن انکی یہ قوت بلا واسطہ عمل میں نہیں آتی بلکہ اس مجموعی نظام کے واسطے سے عمل میں آتی ہے جو اس خط کی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔ ان عمومی اصولوں کو مستقلاً ذہن نشین رکھنے کے بعد اب ہم مختلف ساختوں پر زیادہ صحیح تشریحی معنوں میں بحث کر سکتے ہیں جو زیادہ مفید ثابت ہوگی۔

معدہ۔ اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں:-



جیچہ
کبد
پانکریٹس
دوا دوا
بائیں جانب سے (ائیں جانب کی طرف)
دایا فرام - دیوار شکم - جگر

معدہ چھپے کی طرف باریطون کے تاجہ منغیر بڑھکن ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ معدی قروح تاجہ منغیر کو شاذ و نادر ہی منتقل کرتے ہیں اور جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو معدہ کے شمولات صرف سوراخ و نسلو (foramen of Winslow) ہی میں سے باہر نکل سکتے ہیں اور حکم کے کھولنے پر ممکن ہے کہ دکھائی نہ دیں۔ یہ تاجہ شرب کبیر ہر معدے کے انحنائے کبیر پر تنگاف دینے سے کھولا جاتا ہے۔

معدہ کے دونوں سرے اس کے مثبت ترین مقامات ہوتے ہیں۔ قلبی سرا ڈایا فرام سے مری، ڈھیلی گود مریوی بافت اور باریطون کے معدی ڈایا فرامی انوکاسات کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر مثبت ہوتا ہے۔ بوابی سرا جگر اور موضوع دیوار شکم سے معدی ڈایا فرامی شرب اور شکمی محور (coeliac axis) کی کبدی شاخ اور اس عرق کے ارد گرد کی بافت سے مثبت ہوتا ہے۔ معدہ کو ڈایا فرام اور صدری احتشاد سے جو قریبی تعلق ہے اس سے سانس پھولنے اور ممکن الوقوع اختلاج قلب وغیرہ کی بھی جو بعض اوقات اس عضو کے تمدد سے پیدا ہوجاتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے (شکل ۹۳)۔ اس واقعہ سے قلب کا معدہ سے بہت قریب ہونا ظاہر ہوتا ہے پروسس سیائی نوزا (Prunus spinosa) کا ایک پانچ لمبا کاٹھا نکل لیا گیا تھا اور یہ بعد کو ڈایا فرام اور گرد قلبہ میں سے گرد کر دائیں لطین کی دیوار اور اس کے کہف میں پہنچ گیا تھا۔

مری ڈایا فرام کو خط وسطی کے ذرا بائیں جانب پر منتقل کرتی ہے اور معدہ کے قلبی دہن پر بائیں ساتویں شعلی غضروف کے (انتہائی ایک انچ سے ۳ تا ۴ انچ کی گہرائی پر ختم ہوجاتی ہے۔ بوابی دہن (pyloric orifice) جو سوائے اس وقت کے جب کہ معدہ کے شمولات اشتاعشری میں جاتے ہیں مستقل طور پر بند رہتا ہے مردہ جسم میں وسطی بر معدی ستوی براون خط ابیض سے تقریباً ۱ انچ دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ گز زندہ اجسام میں اور خامر کھڑے ہونے کی حالت میں اس کا محل اور نیچے ہوتا ہے اور یہ خط ابیض کی ذرا دائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۲ انچ اوپر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۴)۔ چونکہ بواب جگر کے مرج لختہ (quadrate lobe) کے نیچے واقع ہوتا ہے اور مستعرض شقاق (transverse fissure) (باب: porta) سے معدی کبدی شرب کے ذریعہ سے بستہ ہوتا ہے اس لئے یہ جگر کی کلانی اور اسکی غیر وضیعت سے اپنے محل سے لازمی طور پر ٹل جاتا ہے۔ استرخائے اشتا (visceroptosis) میں یہ بعض اوقات تری خط تک نیچے اترا جاتا ہے (شکل ۹۴)۔

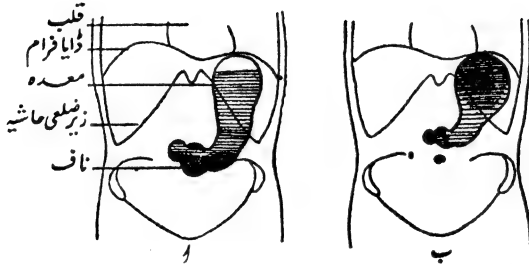
انحنائے صغیر طبعی طور پر جگر سے متراکب ہوتا ہے۔ اور معدی کبدی ثرب پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۹۳)۔ مگر جب معدہ متسع یا متطول ہو جاتا ہے یا نیچے اتر جاتا ہے تو انحنائے صغیر اور معدی کبدی ثرب معاً ہو جاتے ہیں (شکل ۹۴)۔ اگر قلبی دہنہ کے محل سے (جو ساتویں بائیں منجمعی غصوف پر قص سے ایچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے) بواب کے محل تک (جو بر معدی نقطہ اور دائیں منجمعی حاشیہ کے عین درمیان واقع ہوتا ہے) ایک خمیدہ خط کیسٹھا جائے تو یہ انحنائے صغیر کے طبعی محل کو ظاہر کرے گا۔ انحنائے صغیر اگرچہ معدی کبدی ثرب کی چسپیدگی کی وجہ سے مقابلہ مثبت ہوتا ہے مگر انحنائے کبیر آ زادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ اسکا محل معدہ کے پربا خالی یا منقبض یا مرنخی ہونے کے لحاظ سے بدلتا رہتا ہے۔ انحنائے کبیر کا اختلاف پذیر محل جیسا کہ زندہ موضوع میں دکھائی دیتا ہے ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات کے مطابق شکل ۹۶ میں دکھایا گیا ہے۔ جب مریض کھڑا ہوتا ہے تو انحنائے کبیر ناف تک یا اس کے نیچے اتر آتا ہے اور لیٹنے کی حالت میں انحنائے کبیر ناف سے ایک انچ اور اس سے زیادہ اوپر ہوتا ہے۔ معدہ کے سادہ اتساع سے انحنائے کبیر نیچے چلا جاتا ہے اور انحنائے صغیر کے محل میں تبدیلی واقع نہیں ہوتی۔ استرخائے معدہ میں دونوں انحنائے اتر جاتے ہیں۔ مگر اتساع کے ہمیشہ موجود ہونے کی وجہ سے انحنائے کبیر زیادہ نیچے چلا جاتا ہے (شکل ۹۴)۔ استرخا (ptosis) میں انحنائوں کی وضع زیادہ انتصابی ہو جاتی ہے (شکل ۹۴)۔ بوابی ضیق سے جو اتساع پیدا ہوتا ہے وہ بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ معدہ عائد تک نیچے اتر آتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ تندرست آدمیوں میں بھی معدہ کی شکل اور اس کا محل دونوں مختلف ہوتے ہیں۔ ۶۰ نوجوان آدمیوں میں بھی جو تندرست تھے ڈاکٹر الین نیوٹن (Dr. Alan Newton) نے یہ معلوم کیا کہ ۱۹ میں انحنائے کبیر ناف کے بالمقابل یا اس سے اوپر تھا اور ۴ میں یہ اس سے نیچے تھا اور بعض واقعات میں تو اس سے بہت ہی نیچے چلا گیا تھا۔ تندرست آدمیوں میں معدہ بعض اوقات بچوں کی طرح زیادہ حد تک بر معدی خط تک ہی محدود ہوتا ہے یا زیر معدی خط تک بھی چلا جاتا ہے جیسا کہ معمر اشخاص میں ہوتا ہے۔

بواب طبعی حالت میں بند رہتا ہے۔ اور کھلے ہونے کی حالت میں اس میں انگشت اشدیہ چلی جانی چاہئے۔ مگر اسکی تنگی کے باوجود بہت سے ایسے واقعات دیکھنے میں آئے ہیں جنہیں بڑی بڑی چیزیں مثلاً پینسل کا خول، کھانے کا کاٹا اور دروازہ کی چابی بھی اس میں سے گزر گئی ہیں۔ بوابی ضیق

بعض اوقات سن شیرخوارگی میں پایا جاتا ہے اور یہ ریمسٹڈ کے عملیہ (Rammstedt's operation) سے جس میں غشاء مخاطی کو قدر پہنچانے کے بغیر عضلہ عاصروہ تقسیم کر دیا جاتا ہے رفع کیا جاسکتا ہے۔ تین ماہ کے طبعی بچہ میں عضلہ عاصروہ کی مدوریت بواب پر ۲ تا ۳ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اور قنالی بواب کے ساتھ یہ ۲۵ ملی میٹر (انچ ۱) تک جاتی ہے۔ اگر یہ دبازت ۳ ملی میٹر سے زائد ہو تو عاصروہ کو بیش پروردہ تصور کیا جاسکتا ہے (ایل میک کے: L. MacKey)۔ عاصروہ اسوقت طبعی طور پر ڈھیلا ہو جاتا ہے جبکہ معدہ سے خارج شدہ کیموس کی تعدیل اثنا عشری میں ہو چکتی ہے۔ اثنا عشری کی ترشی حالت عاصروہ کے ڈھیلے پن کو مانع آتی ہے۔

معدہ کی شکل کا انحصار بہت سی حالتوں پر ہے۔ یعنی اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت پر، اگر دو نواح کے اعضا کے دباؤ پر اور اسکی پڑی کے درجہ پر۔ زمانہ حیات میں اسکی قلبی اور بوابی حصے دوران ہضم میں اپنا اپنا فعل مختلف طور پر کرتے ہیں۔ قلبی حصہ میں جب وضع انتصابی ہوتی ہے

434



شکل ۹۶۔ مریض کے معدہ کا شعاع نگاری خاکہ جسکو بیریم ٹم دار غذا دی گئی ہے۔
(ہرسٹ: Hurst کے مطابق)

۱۔ کمرے ہونے کی حالت میں۔ ب۔ افقی حالت میں۔

اور جو اس عضو کے دو تہائی حصہ پر مشتمل ہے زیادہ تر تفرشی (tonic) انقباض واقع ہوتا ہے اور

حرکی دودی انقباض واقع نہیں ہوتا۔ بوابی حصہ میں جسکی شکل انبوی اور وضع انتصابی ہوتی ہے دوران ہضم میں حرکی دودی موجیں متواتر اٹکتی رہتی ہیں۔ یہ موجیں بوابی قسمت کے ساتھ ساتھ آٹنا عشری کی طرف تیزی سے جاتی ہیں اور جس مقام سے یہ شروع ہوتی ہیں وہ موت کے بعد اکثر منقبض پایا جاتا ہے اور اس مشاہدہ سے یہ خیال پیدا ہوا ہے کہ قلبی اور بوابی عامرات ایک وسطی معدی عاصو سے ملحدہ ہوتے ہیں۔ جب غذا نگل لی جاتی ہے تو یہ فوراً بوابی حصہ میں پہنچ جاتی ہے اور جب زیادہ غذا کھائی جاتی ہے تو معدہ کے دونوں حصے پُر ہو جاتے ہیں (ہرسٹ: Hurst اور بارکلے: Barclay)۔ معدہ کے قعر میں جو ڈایا فرام کے بائیں گنبد میں واقع ہوتا ہے معدہ کی آرام کرنے کی اور فعال حالتوں میں ہمیشہ ہوا موجود ہوتی ہے۔ ہوا کی اس معدی گدی سے ڈایا فرام کا بایاں گنبد عین اسی طرح متدد ہو جاتا ہے جس طرح کہ اسکا دایاں گنبد جگر کے انحداب سے اوپر اٹھا ہوتا ہے۔ ہوا کی معدی گدی ڈایا فرام کے طبعی فعل کے لئے لازمی ہے۔ ہوا کی مقدار دوران صحت میں منظم رہتی ہے اور مرضی حالتوں میں اس منظم میکانیک کے تباہ ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے اور تمدد پیدا ہو جاتا ہے۔ خالی ہونے پر معدہ یا تو حالت انبساط میں ہوتا ہے اور یا حال انقباض میں۔ اگر حالت انقباض میں ہو تو پر معدہ کے کھولنے پر یہ بالعموم مستعرض قولون سے پوشیدہ پایا جاتا ہے اور سامنے نظر نہیں آتا۔

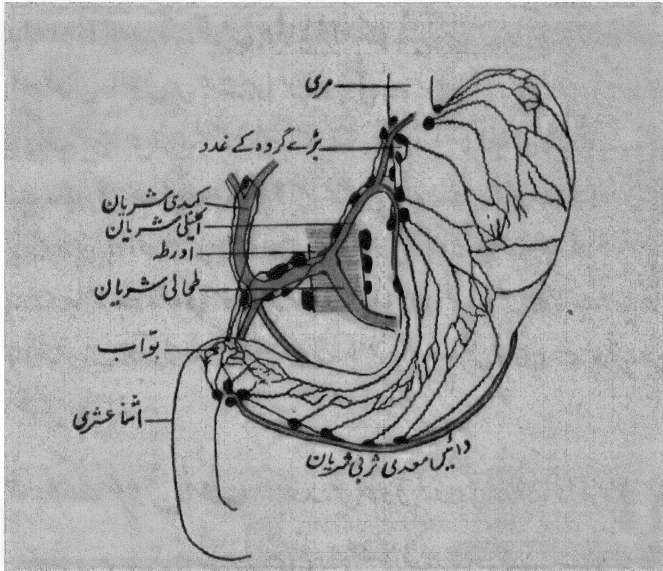
435

معدہ کے عروق لف - معدہ میں عروق لف کی رسد با فراط موجود ہوتی ہے

یہ مخاطی طبقہ میں سے شروع ہوتے ہیں اور زیر مخاطی اور عضلی لمبقات میں ضغیرے بناتے ہیں جنہیں سے برآر عروق کل کران غد میں چلے جاتے ہیں جو انحنائے صغیر و کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان عروق کے ذریعہ سے معدہ کے ابتدائی سرطان پھیلنے ہیں اور اسلئے ان کے تعلقات جراحاتی نقطہ نظر سے اہم ہیں۔ معدہ سے جو غد تعلق رکھتے ہیں انکی تقسیم شکل ۹۷ میں ظاہر ہوئی ہے۔ سب سے بڑا گروہ - اکیلی (coronary) - مریوی دہن کے قریب اور انحنائے صغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہے۔ اس گروہ کے درآر عروق شکل ۹۷ میں ظاہر کئے گئے ہیں اور اس کے برآر عروق اکیلی (coronary) شریان کے ساتھ ساتھ فوق البی گروہ میں چلے جاتے ہیں۔ جو تاج صغیر کے پیچھے اور اس مقام کے قریب ہی واقع ہوتا ہے جہاں شکمی محور (coeliac axis)

اور ط میں سے نکلتا ہے۔ زیر بوابی گروہ (subpyloric group) بواب کے نیچے اور اس کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس میں درآر عروق ان غد سے جو انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوئے ہیں (دائیں معدی شریان) اور نیز بواب اور اثنا عشری سے آتے ہیں۔ اسکے برآر عروق کبدی (hepatic) شریان کے ساتھ ساتھ فوق لمبلی گروہ (suprapancreatic group) میں جاتے ہیں اور بعض فوقانی ماساریتی (superior mesenteric) گروہ میں بھی ختم ہوتے ہیں

436



شکل ۹۰، لمفی غد کے وہ گروہ جو معدہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ (پروفیسر جے کے جیمسن: J.K. Jamieson اور مسٹر جے۔ ایف ڈوبسن: J.F. Dobson)۔

جو فوقانی ماساریتی شریان کے منبع پر واقع ہوتا ہے زیر بوابی گروہ کے برآر عروق میں جگہ سے آنے والے عروق لیمف بھی ملتے ہیں (شکل ۹۰)۔ (جیمسن: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson)۔

معدہ کی رسد خون۔ چونکہ اب مرض کی وجہ سے بعض اوقات معدہ کے بڑے رے

حصے قطع کر دئے جاتے ہیں۔ اسلئے عروق کے محل کا اور انکے ان تعلقات کا جو باریطونی شکلوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں صحیح علم ہونا ضروری ہے۔

اکلیللی (coronary) (بی۔ این۔ این۔ بایں معدی) شریان کی محور (coeliac axis) سے نکلتی ہے اور انحنائے صغیر کے قلبی سرے تک معدی کبدی ثرب کی ہائیں کو ریں سے ہوتی ہوئی پہنچتی ہے۔ نیچے کی ادراگے کی اور دائیں طرف کو مڑ کر یہ اس انحناء کے ساتھ ساتھ بے گزرتی ہے اور کبدی شریان کی بوابی (pyloric) (دائیں معدی) شاخ سے نفہم کرتی ہے جو انحناء صغیر تک معدی کبدی ثرب کی دونوں تہوں میں سے گزر کر پہنچتی ہے۔ اسلئے اس ثرب کے دائیں اور بائیں حاشیوں میں عروق ہوتے ہیں۔ گرد رسانی حصہ تقریباً بغیر خون کے ہوتا ہے اور تا یہ صغیر کو کھولنے کے لئے آسانی سے کاٹا جاسکتا ہے۔ انحنائے کبیر کو مندرجہ ذیل شریانیں رسد پہنچاتی ہیں۔ (ا) عروق قصیر (vasa-brevia) (انکی تعداد چار یا پانچ ہوتی ہے) جو یا تو طحالی شریان کے سرے سے یا اسکی انتہائی شاخوں میں سے کسی ایک سے نکلتے ہیں اور معدی طحالی رباط کے تہوں سے گزر کر انحناء کبیر کے بائیں سرے کو چلے جاتے ہیں۔ یہ میروبی (oesophageal) اور اکلیللی (coronary) شریاں اور بائیں معدی ثربی (left gastric epiploic) شریانوں سے نفہم کرتے ہیں۔ (ب) بائیں معدی ثربی شریان طحالی شریان کے سامنے کی طرف سے اسکے سرے کے پاس سے نکلتی ہے اور معدی طحالی رباط میں سے ہو کر معدہ تک پہنچ جاتی ہے اور دائیں سے بائیں طرف تک انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ معدی قولونی رباط کے شکنوں میں سے بڑھتی چلی جاتی ہے۔ دائیں جانب پر معدہ کی دونوں سطحوں کو بہت سی شاخیں پہنچانے کے بعد جن پر سے یہ اسکے طویل محور سے مستعرضاً گذرتی ہیں یہ دائیں معدی ثربی شریانوں سے نفہم کرتی ہے۔ (ج) معدی اثنا عشری (gastro-duodenal) شریان کبدی سے اثنا عشری کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور اس کے پہلے حصے کے پیچھے سے اور بلبلی کی گردن اور اثنا عشری کے درمیان سے ہو کر نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور فوقانی بلبلی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) اور دائیں معدی ثربی شاخوں میں تقسیم ہو کر اثنا عشری کے پہلے حصہ کے تیرین کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ موصوفہ الذکر ایک بڑا عرق ہے جو معدی قولونی ثرب کے پرتوں میں سے گزر کر دائیں طرف سے بائیں طرف کو جاتا ہے اور معدہ کی دونوں دیواروں کو شاخیں پہنچاتا ہے جو ان پر سے

مستعوضاً گذرتی ہیں اور یہ بائیں معدی ثربی ثریان سے متغیر ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔
معدی عملیہ جات میں زف کو قابو میں پانے کے سلسلہ میں اس امر کا ذکر کر دینا چاہیے
کہ وسطی قولونی ثریان کو بے اختیار طلی سے اس مقام پر جہاں یہ متعرض ماساریقائے قولون میں
تاچہ صغیر کے پیچھے واقع ہوتی ہے ضرر پہنچ چکا ہے۔ اگر معدی کبدی اور معدی قولونی ثروب
میں سے تاچہ صغیر کو پہلے ہی کھول لیا جائے اور گازیکی تہ یا ہاتھ ٹھونس دیا جائے تو یہ حادثہ
وقوع میں نہیں آتا۔

معدہ کے زخم۔ معدہ کو تضرر پہنچنے کا نتیجہ اکثر حالتوں میں یہ ہوتا ہے کہ
موت جلد واقع ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس عضو کے مشمولات باریطونی کہفہ میں نکل آتے ہیں اور
حادا التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا وہ واقعات جن میں موت یقینی طور پر اور جلد واقع
ہوتی ہے وہ ہوتے ہیں جن میں وقوع حادثہ پر معدہ غذا سے پُر ہو۔ معدہ کے چھوٹے سے کچھ کے دار
زخم سے اسکے مشمولات کا باہر نکلنا ضروری نہیں کیونکہ غشائے مخاطی جو ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے
بعض اوقات زخم میں سے نکل آتی ہے اور اس میں ایک عمدہ ڈاٹ لگا دیتی ہے۔ جنگ بوری
(Boer War) اور جنگ عظیم میں اکثر اوقات اسکی مثالیں دیکھنے میں آئی ہیں جن میں یہ
حشا موزر (Mauser) گولی سے منتشر ہو گیا تھا۔ چند واقعات میں معدہ کے سامنے کی شکم
کی دیوار زخمی ہو گئی تھی اور یہ حشا بروز کر آیا تھا اور اسکی مقدم دیوار بھی اسی تضرر سے
زخمی ہو گئی تھی جس سے جلد منتشر ہوئے تھے اور ایک ناسوری فتوح جو کہفہ معدہ میں
کھلتا تھا پیدا ہو گیا تھا۔ اس قسم کے واقعات کی بہترین مثال ایکس سینٹ مارٹن
(Alexis St. Martin) کا مشہور و معروف واقعہ ہے جس پر بہت سے فعلیاتی تجربات
کئے گئے تھے۔ اس آدمی میں معدہ کے سامنے کے جلد و شکم گولی سے دریدہ ہو گئے تھے۔ معدہ کی
مقدم دیوار کے کچھ حصہ میں اغاثات واقع ہو گیا تھا اور ایک مستقل ناسور پیدا ہو گیا تھا۔

438

معدہ پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکی وسعت اور انکا تنوع اس قدر بڑھ گیا ہے کہ
اس قسم کی چوٹی سی کتاب میں ان پر بحث کرنا نامکن ہے اور مطالعہ کنندہ کو عملیتی جراحی کی
کتابوں کو دیکھنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ مگر چند امور کا جو تشریحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں مختصراً
ذکر کیا جاسکتا ہے۔ اگرچہ یہ صحیح ہے کہ معدہ کا صرف نا پوشیدہ حصہ ہی ایک مثلث سے ظاہر

کیا جاسکتا ہے جو دائیں طرف جگر سے اور بائیں طرف آٹھویں اور نویں منسلعی غصروں سے اور نیچے کی طرف ایک افقی خط سے جو دسویں منسلعی غصروں کے سروں پر سے گھینچا جاتا ہے محدود ہوتا ہے مگر معدہ تک بلا واسطہ رسائی ضروری نہیں ہوتی اور اکثر جراح اس تک دائیں نزد وسطی شکاف میں سے پہنچنے کو ترجیح دیتے ہیں (دیکھو صفحہ 389) اس قسم کے فتح میں سے منظر اچھی طرح دکھائی دیتا ہے اور دیوار شکم کو ضرر نہیں پہنچتا۔ ایسے موقعوں پر چوٹے معدی تنویر (gastrostomy) کے نتیجہ بہت کم ہوتے ہیں اور جن میں اس حشا کے قلبی سرے تک پہنچنا مقصود ہوتا ہے بایاں نزد وسطی شکاف بنایا جاسکتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کے اندرونی نصف میں ایک چھوٹا سا شکاف کر اس میں سے معدہ کی دیوار کی ایک نلی باہر نکال لینے سے معدی تنویر کا فتح بنجاتا ہے جو عدم استعمال کی حالت میں ایک موثر عضلہ سے محفوظ رہتا ہے۔ قعر معدہ کو ابتدا میں نیچے کی طرف کھینچ لینے سے یہ نلی بنانے میں آسانی ہو جاتی ہے اور اس امر کا یقین بھی ہو جاتا ہے کہ فتح اس عضو کے قلبی حصہ میں واقع ہوگا اور بوابی حصہ میں نہیں ہوگا۔

نزد وسطی شکاف سے رسائی حاصل کرنے کے ذریعہ سے دیگر تمام عملیات میں کافی گنجائش مل سکتی ہے جو خواہ ٹانگے لگانے یا استیصال جسزوی (excision) یا قرحہ کی کئی (cauterization) یا معدی معوی تنویر (gastro-enterostomy) کی قبیل سے ہوں اور خواہ جزوی معدہ برآری (partial gastrectomy) (آستین نما استیصال جسزوی sleeve-resection، عملیہ پوتلیا: Polya's operation) بل روتھ: Billroth کا 439 اول یا بل روتھ کا دوم استیصال جسزوی) کی کسی قسم سے ہوں۔

معدی معوی تنویر (gastro-enterostomy) میں بعض غور طلب امور پائے جاتے ہیں جو تشریح سے تعلق رکھتے ہیں۔ معمولی موضع معدی صائمی تنویر (posterior gastro-jejunoscopy) میں شرب کبیر اور مستعرض قولون اور معدہ شکم سے باہر نکال کر چھاتی رکھ دئے جاتے ہیں تاکہ انہی موضع سطحیں جراح کے سامنے آجائیں۔ چنانچہ بارلیٹن کی تہیں ان کے سامنے ہوتی ہیں یعنی مستعرض ماساریقائے قولون کی دو تہیں اور خود معدہ کا مصلیٰ طبقہ یا ساریقائے قولون (mesocolon) میں ایک فتح بنا لیا جاتا ہے اور اس اثنا میں وسطی قولونی شریان اور اسکی شاخوں سے باعقیا احتراز کیا جاتا ہے اور اس فتح میں سے معدہ کا ایک مخروط نکال لیا جاتا

تفہم کے لئے صائم کا مناسب حصہ تلاش کرنے کے لئے جراح اپنا ایک ہاتھ بائیں نزدیک جلی میزاب (parachordal groove) میں پیچھے کی طرف دوڑتے لے جاتا ہے اور رودہ کے اس حصہ کو پکڑ لیتا ہے جو ب سے دور واقع ہوتا ہے۔ اسکو شکم سے باہر نکالنے کے بعد وہ مندرجہ ذیل امتحانات سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ صائم کا بلند ترین ممکن الحصول حصہ اسکے سامنے ہے۔ (ا) اسکو کھینچنے سے رودہ کا اور حصہ باہر نہیں نکلتا۔ (ب) اسکا تعاقب کرنے سے دیکھا جاسکتا ہے کہ یہ اثنا عشری صائمی عموماً (doudenno-jejunal flexure) جیسے پیچیدہ ہے اور ٹریٹز (Treitz) کے رباط سے تعلق رکھتا ہے (صفحہ 445)۔

آستین نما استیصال جراحی (sleeve resection) میں معدی کبڈی اور معدی قولونی ٹروپ کو کاٹنے اور ان عروق کو باندھنے کے بعد جو انخاؤں کے اُس حصہ کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں جس کا کاٹ دینا مقصود ہوتا ہے جسم معدہ کا ایک حصہ علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور اسکے بعد کٹے ہوئے سرے ایک دوسرے کے ساتھ ٹانگ دئے جاتے ہیں۔

عملیہ پولیا (Polya's operation) میں اثنا عشری کا پہلا حصہ کاٹ دیا جاتا ہے اور اسکا بعدی سرا بند کر دیا جاتا ہے۔ عروق کو باندھنے اور ٹروپ کو کاٹنے کے بعد معدہ کو اس خط پر کاٹا جاتا ہے جو مری کے دائیں کنارہ کو آگے بڑھانے سے بنتا ہے اور معدہ کے کھلے سرے اور صائم کی جانب کے درمیان تفہم کر دیا جاتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) کے عملیہ دوم میں بواب اور معدہ کا کچھ حصہ بھی دور کر دیا جاتا ہے اور دونوں سروں کو بند کر دیا جاتا ہے اور معدی صائمی تغویہ (gastro-jejunosomy) کا فتح بنالیا جاتا ہے بل روتھ (Billroth) کی

اولیٰ حصہ برآری میں اس طرح کا استیصال جراحی (resection) عمل میں لایا جاتا ہے اور بڑے معدی فتح کا بالائی حصہ بند کر دیا جاتا ہے اور نیچے کا حصہ اثنا عشری کے کٹے ہوئے سرے کے بالمقابل رکھ کر اس سے ٹانگ دیا جاتا ہے۔ اس عمل میں کچھ نقائص پائے جاتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ بعض اوقات کٹے ہوئے سروں کو ایک دوسرے کے قریب لانا مشکل ہوتا ہے اور اس امر کا یقین کرنا آسان نہیں ہوتا کہ معدہ کا جو حصہ مکمل طور پر دونوں حصے اور اس حصہ کے مقام اتصال پر جو اثنا عشری سے ملایا گیا ہے بند کیا گیا ہے اب بند بھی ہے۔ ایک تیسرا اعتراض کہ بعض اوقات معدہ کے زیر ترین حصہ میں بعد میں ایک راکد حوض بن جاتا ہے اثنا عشری کو

معدہ کے ساتھ ترچھے رخ میں ملانے سے رفع کیا جاسکتا ہے۔

معائے صغیر - معائے صغیر کا اوسط طول بالغ میں ۲۲ ۱/۲ فٹ ہوتا ہے۔ اس کے

انتہائی حدود ۳۰ فٹ اور ۵ فٹ ہیں۔ اسکے طول کا انحصار ایک مغند بہ مذکر طولی عضلی طبقہ کے درجہ انقباض پر ہوتا ہے۔ جنین میں مدت حمل کے مکمل ہونے پر معائے صغیر ۱۶ ۱/۲ فٹ لمبی ہوتی ہے۔ اندازہ سے یہ حساب لگایا گیا ہے کہ بالغوں کے رودہ کے پہلے ۸ یا ۹ فٹ معائے صائم (jejunum) سے تعلق رکھتے ہیں اور بقیہ ۱۲ یا ۱۳ فٹ معائے لفائفی سے۔ یہ تقسیم جو صائم اور لفائفی میں کی گئی ہے بالکل فرضی ہے۔ ایسا کوئی مقام نہیں جسکے متعلق یہ کہا جاسکے کہ یہاں صائم ختم اور لفائفی شروع ہوتی ہے۔ جب امعائے صغیر حادثہ یا دورانِ عملیہ میں معرا ہو جاتے ہیں تو بالائی حصہ کو زیرین حصہ سے خاص کر اس حالت میں تمیز کرنا جبکہ مرض شکم موجود ہو مشکل ہوتا ہے۔ مگر یہ معلوم کیا جاسکتا ہے کہ صائم لفائفی سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے (اس کے قطر لفائفی کے قطر سے ۱/۲ انچ زیادہ ہوتا ہے) اور اسکے طبقات زیادہ موٹے اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ اگر رودہ خالی ہو اور روشنی کے سامنے رکھ کر نیم شفاف بنایا جاسکتا ہو، تو ثنات مستدیر (valvulae conniventes) کے خطوط بخوبی دکھائے دے سکتے ہیں۔ لیکن صائم میں بڑے بڑے اور کثیر المتعداد ہوتے ہیں مگر لفائفی کے بالائی حصہ میں جا کر چھوٹے اور قلیل التعداد ہو جاتے ہیں اور اسکے زیرین ایک تہائی حصہ میں موجود نہیں ہوتے۔

معائے صغیر کی گندلیوں کا محل شکم میں مستقل نہیں ہوتا۔ جنین میں اور خارج الرحمہ زندگی کے نہایت ابتدائی حصہ میں معائے صغیر کا زیادہ تر حصہ خط وسطی کی بائیں جانب پر ہوتا ہے۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ جگر نسبتاً عظیم الجسامت ہوتا ہے اور اسکے وزن کے لئے معائے صغیر ایک وزن متقابل کا کام دیتی ہے۔ بالغ اجسام میں سے اکثر میں معائے صغیر بائیں جانب سے دائیں جانب کو بے قاعدہ اور خمیدہ طور پر مرتب ہوتی ہے۔ رودہ اثنا عشری سے شروع ہوتا ہے اور پہلے بر معدی اور تری خطوں کی بائیں جانب کے متصل حصوں میں واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد گندلیاں بائیں مرقی اور قطبی خطوں کے کچھ حصہ کو پر کرتی ہیں اور پھر بالعموم حوض میں سے ہو کر بائیں صریقی خط میں از سر نو آ جاتی ہیں اور اسکے بعد زیر معدی زیرین تری، دائیں قطبی اور دائیں

حرفی خطوں کو بالترتیب پُر کرتی ہیں۔ دائیں حرفی خطہ میں پہنچنے سے پیشتر یہ عام طور پر ایک مرتبہ اور حوض میں چلی جاتی ہیں۔

جو گند لیاں حوض میں پائی جاتی ہیں وہ اسلئے بہت اہم ہیں کہ حوضی

التهاب باریطون میں انکے ماؤف اور منضم ہونے اور نیز فوق سادا اور فوق نائی اور فوق حیائی میں انکے بروز کرانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جنینی حوض میں معائے صغیر کا کوئی حصہ واقع نہیں ہوتا۔ معاکے جو مقدار بالغوں میں حوض میں پائی جاتی ہے اسکا انحصار زیادہ تر زمانہ اور معائے مستقیم کے تمدد اور حوضی قولون کی وضع پر ہوتا ہے۔ اس محل میں جو گند لیاں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہیں وہ لفافنی کے انتہائی حصہ اور امعاء کے اس حصہ سے ہوتی ہیں جسکی ماسا ریفیکا کے طویل ترین ہونے کے متعلق پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے (صفحہ 421)۔ امعاء کا جو حصہ اُربی اور حرفی فوق میں نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ لفافنی ہے۔ مزید برآں تخنیق کے واقعات میں بھی یہ حصہ اندرونی بندوں اور ماسا ریفیکا کے سوراخوں وغیرہ سے نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے۔

معائے صغیر کے کسی حصہ کے قطر یہ کا انحصار زیادہ تر اسکی عضلی دیوار کی حالت پر ہوتا ہے۔ جب یہ نلی خالی ہوتی ہے تو بعض اوقات بہت متقبض ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے رودہ کے کسی چمبر کے یا چمبر کے کسی حصہ کے عضلی طبقات میں متقل انقباض یا معمولی شنج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جس سے معمولی تسدد (intestinal obstruction) واقع ہو جاتا ہے یا اس قسم کا نتیجہ اسکی برعکس حالت (شلل کی حالت) سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر معاء کے استیصال جزوی کے دوران میں کسی حصہ کو ضرر پہنچ جائے یا وہ کاٹ دیا جائے (جیسا کہ بعض مقامات ضروری ہوتا ہے) یا وہ متقل المقام التهاب یا التهاب باریطون سے ماؤف ہو جائے تو اس میں شلل کی ایک حالت (ہینڈلے کا شلل ایلیئس: paralytic ileus of Handley) نمودار ہو جاتی ہے اور اسلئے یہ غذائی مشمولات کو آگے نہیں گزاد سکتا جو بدیں وجہ جمع ہو جاتے ہیں اور رودہ کے اس قطعہ کو جو محل ضرر یا التهاب باریطون کی قربی جانب پر واقع ہوتا ہے ممتدد کر دیتے ہیں۔

442

اگرچہ امعاء صغیر تضرر کے لئے خاص طور پر متکشف ہوتے ہیں مگر اپنی لچک اور اس

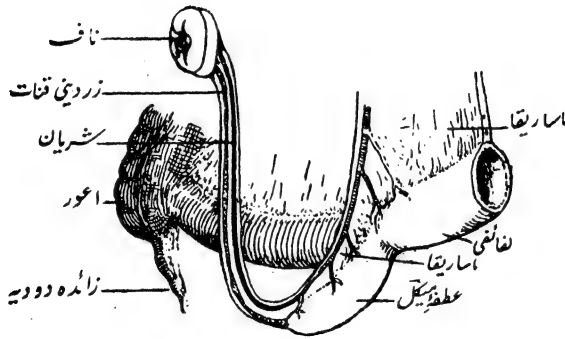
آسانی سے جس سے انہی گندلیاں دباؤ کے اثر سے بچنے کے لئے ایک دوسرے پر پھیل جاتی ہیں، یہ کوفنگیوں کی اس قسم کے ضربات کے اثر سے بخوبی مامون ہوتے ہیں۔ معائے صغیر کے چھوٹے سے کچھ کے دار زخم سے قولون کے اسی قسم کے زخم کی نسبت التهاب باریطون کے پیدا ہونے کا امکان کم ہوتا ہے، کیونکہ قبل الذکر کے مشمولات میں نہ صرف ممرض عضویہ جات ہی کم پائے جاتے ہیں بلکہ اسکے عضلی طبقہ کا انقباض چھوٹے سے فتح کو بند بھی کر دیتا ہے۔ لہذا تمد عظیم کی حالتوں میں کسی خراب نتیجہ کے پیدا ہونیکے بغیر گیس کو نکالنے کے لئے معائے صغیر میں باریک شعری بمنزل سے بہت سے مقامات پر بکجرت کچھ کے لگائے جاسکتے ہیں، خاص کر جبکہ ان چھوٹے چھوٹے فتحات کو سی کر بند کر دیا جائے۔ اگر زخم ذرا بڑا ہو تو ڈھیلی ڈھالی غنائے مخاطی زخم میں سے منقلب ہو جاتی ہے یا بروز کر آتی ہے اور اس میں ایک موثر طریقہ سے ڈاٹ لگا دیتی ہے۔ گروس (Gross) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ معائے صغیر کا ایک ۲۱/۲ سوت طوی شکاف عضلی انقباض سے فوراً ۱۲/۳ انچ لمبے زخم میں تبدیل ہو گیا تھا اور اس انقباض کے علاوہ غنائے مخاطی کے انقلاب نے اس فتح کو مکمل طور پر ختم کر دیا تھا۔ معاینے میں مثلاً صائم میں — جو فتح موزر (Mauser) کی گولی کے داخل ہونے سے بنتا ہے اس میں سے بھی بعض اوقات مشمولات خارج نہیں ہوتے۔ رودہ کا منقبض خالی ٹکڑا امتداد ہو کر تقریباً دو چند لمبا ہو جاتا ہے۔ عضلہ کی مدورتیں زیادہ قوت موجود ہونے کی وجہ سے طوی زخم مستعرض زخم کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتا ہے اور صائم کے زخم اس کے زیادہ عضلی نموکے باعث لفائفی کے زخموں کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتے ہیں۔ جب مستعرض زخم رودہ کے آزاد کنارہ پر لگتے ہیں تو یہ نہایت ہی کشادہ لب ہوتے ہیں کیونکہ اس جگہ طوی عضلی ریشہ جات نہایت ہی موٹے ہوتے ہیں۔

443

عطفہ میکئل (Meckel's diverticulum) - لفائفی کے اختتام سے لیکر

۴ فٹ کے فاصلہ پر بعض اوقات ایک عطفہ (میکئل کا: Meckel's) دکھائی دیتا ہے (گل ۹۸) جو زردینی موی قنات (vitello-intestinal duct) کے آثار کو ظاہر کرتا ہے (صفحہ 386)۔ جن اجسام کا امتحان کیا جاتا ہے ان میں سے ۲ فیصدی میں اسکے پائے جانے کی توقع ہوتی ہے۔ اس عطفہ کی ساخت بالعموم وہی ہوتی ہے جو معاکی ہوتی ہے۔ اسکا طول مختلف ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ ایک منفذ ملی کی شکل میں ناف تک چلا جاتا ہے۔ یہ اکثر چند انچ ہی لمبا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ آزاد مخروطی یا گلوبی انتہا پر یعنی جبل کی شکل میں ختم ہو جاتا ہے۔ یہ عطفہ بہت سے طریقوں سے معوی تسد پیدا کر سکتا ہے۔ بعض اوقات اس کا سرا انضمام پیدا کر لیتا ہے اور اس طرح جوئل بجاتا ہے اسکے نیچے رودہ کا ایک چنبرہ خنوق ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ معاکے ٹکڑے پر لپٹ کر ایک گردہ بنا دیتا ہے۔ ایک سے زائد واقعوں میں یہ خارجی فتوں میں بھی پایا گیا ہے



شکل ۹۸ عطفہ میکس، زردنی معوی قنات کے آٹا ز اور تاجہ زردی کو جانے والی شریان کو طابہ کرتی ہے۔

رودہ کا درونہ عطفہ کے محل پر یا اسکے قریب ہی اکثر معتد بہ طور پر کم ہو جاتا ہے اور اس بچاؤ پر انضمام معوی پیدا ہو سکتا ہے۔

444

اگر یہ قنات کس ہو تو ناف پر ختم ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔ تاجہ زردی کی شریان بعض اوقات برقرار بھی رہتی ہے اور لفافہ کی ماساریقا اور ناف کے درمیان ایک جبل کی شکل اختیار کر لیتی ہے اور اسکے اوپر اس کا ایک چنبرہ خنوق ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات ایک چھوٹی سی جس لفافہ کی ماساریقا سے لیکر اس عطفہ کے قریب جاتی ہے اور اسکے اور عطفہ کے

درمیان رودہ کا ایک ڈگی پھنس سکتا ہے۔ اس قسم کی جبلتین طریقوں سے پیدا ہو سکتی ہے۔
(۱) تانچہ زردی کی شریان کے قریب حصہ سے۔ (۲) اس ماساریقا کے آزاد کنارہ سے جو عضل وقتا
عطفہ کے لئے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عطفہ کے راس اور اسکی ماساریقا کے درمیان کے الہتانی
انضمام کے تطول سے۔

اثنا عشری (duodenum) اور اثنا عشری صائمی حصہ

(fossa duodeno-jejunalis) اثنا عشری کا پہلا حصہ تقریباً افقی ہوتا ہے۔ تقریباً
۲ انچ لمبا ہوتا ہے اور بواب سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو دائیں گردہ کے اوپر کے سرے
کے قریب تک جاتا ہے۔ دوسرا حصہ تقریباً ۳ انچ لمبا ہوتا ہے اور یہ دائیں گردہ کے
اندرونی کنارہ کے سامنے سے عموداً نیچے کی طرف کو تیسرے قطنی فقرہ کے لیول تک آتا ہے۔
تیسرا حصہ تقریباً ۵ انچ لمبا ہوتا ہے۔ یہ تیسرے فقرہ کے سامنے سے دائیں طرف سے بائیں طرف
گزرتا ہے اور پھر بائیں عضلہ حصہ (psaos muscle) کی سطح پر کچھ فاصلہ تک اوپر کی طرف
جا کر دوسرے قطنی فقرہ کی بائیں جانب پر صائم میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۲ صفحہ 424)۔ تیسرے
درجہ کے اختتام کے قریب ایک عاصری بھجواؤ بالعموم پایا جاتا ہے۔

باریطلون پہلے حصہ کو جو حرکت پذیر ہوتا ہے اسی طرح محصور کرتا ہے جس طرح کہ معدہ
کو۔ یہ دوسرے حصہ کو سوائے اس مقام کے جہاں قولون مستعرف اسکو عبور کرتی ہے صرف سامنے
کی جانب سے ہی پوشیدہ کرتا ہے۔ مزید برآں تیسرے حصہ کی صرف مقدم جانب پر بھی باریطلون
لگا ہوتا ہے مگر جہاں فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) عروق اسکو عبور کرتے
ہیں وہاں یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

445

اثنا عشری کا سرا یعنی اثنا عشری صائمی خم (duodeno-jejunal bend)
لیفی عضلی بافت کے ایک بند سے جو ڈایا فرام کی دائیں ساق سے نیچے کی طرف کو راس تک آتا ہے
اور شبکی محور (coeliac axis) کے قرب وجوار کی بافت کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر محکم رہتا ہے۔ یہ بند
بعض اوقات اثنا عشری کا تعلیقی عضلہ (suspensory muscle of duodenum)
کہلاتا ہے (ٹریٹز: Tretz)۔ مزید برآں یہ ماساریقا کو سہارا دینے کا کام بھی دیتا ہے۔

غدد برونر (Brunner's glands) اثنا عشری کے پہلے درجہ میں پائے جاتے ہیں۔ انکا افراز رودہ کے اس حصہ کو غالباً ترشٹی کیوکس سے محفوظ رکھتا ہے جسکی تعدیل صرف دوسرے درجہ تک پہنچنے پر ہی ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے پہلے درجہ میں شاید اس کے مشمولات کی نوعیت کی وجہ سے بہت کثرت سے تقرح پیدا ہوتا ہے۔ ۹۰ فیصدی سے زیادہ اثنا عشری قروح پہلے درجہ میں واقع ہوتے ہیں (کوکن: Collin)۔ بعض اوقات یہ قرح دیوار کو منتقب کر دیتا ہے اور مشمولات تکلک زہر کبدی فضا میں چلے جاتے ہیں۔ یا ارد گرد کے اعضا یعنی مرارہ، جگر، بلبہ کے سر، دائیں گردہ یا قولون کے کبدی عوجہ کے ساتھ انفجانات پیدا ہو جاتے ہیں۔

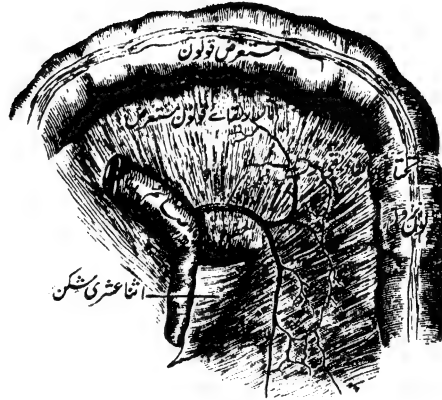
استرخائے احتشاء میں بلبہ کی گردن اور اثنا عشری صائمی خم ہی وہ حصے ہوتے ہیں جن میں سب سے کم غیر وضعیت واقع ہوتی ہے، کیونکہ موخر دیوار سے شبکی محور (coeliac axis) اور فوقانی مارا بقی ثریان کے مبداء کے ارد گرد کی لیفی بافت سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اثنا عشری کے تمام حصوں میں چوٹ سے انشقاق واقع ہو چکا ہے۔ چونکہ معاد کے اس حصہ کا ایک بڑا حصہ غیر باریطونی ہوتا ہے اسلئے اگر اس تک پیچھے سے رسائی کی جائے تو یہ باریطون کے کھلنے کے بغیری مجروح ہو سکتا ہے۔

جہاں مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) اثنا عشری کے عضلی طبقہ کو منتقب کرتی ہے وہاں اکثر اوقات غشائے مخاطی کے چھوٹے چھوٹے عطقات بن جاتے ہیں۔ یہ اکثر اننے بڑے ہوتے ہیں کہ انگشت اشاریہ کا پہلا جوڑ ان میں داخل ہو سکتا ہے اور احتشاء کے استرخاء میں یہ خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ نوزائیدہ میں مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کے داخل ہونے کے مقام کے مین اور بعض اوقات اثنا عشری کی مکمل مسدودی پائی جاتی ہے۔

اثنا عشری کے انتہائی حصہ کی بائیں جانب پر اثنا عشری صائمی حفزہ

(duodeno-jejunal fossa) ہوتا ہے۔ طبعی طور پر یہ اثنا عشری کے انتہائی حصہ کے انحذاب سے مسکون یا پُر ہوتا ہے جسکے لئے یہ ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ اس کا اوپر کا ہلال یا کنارہ تعلیقی رباط یا ششک سے بننا ہے اور اسکی نیچے کا ہلال ایک دوسرے ششک (اثنا عشری ششک)

سے بنتا ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ صرف اس وقت ہی دکھائی دیتا ہے جبکہ اثنا عشری کو اپنی جگہ سے مصنوعی طور پر مٹا دیا جائے۔ تحتانی ماساریقی ورید اس پاکٹ کی بائیں کور کے قریب سے اوپر کو چڑھتی ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ ماساریقائے کئے اور ماساریقائے قولون کے (mesocolic) اور ماساریقائے معدہ کے (mesogastric) فتوق یا پس باریطونی فتوق کا تشریحی سبب ہوتا ہے۔ مائٹم کا ابتدائی حصہ اس حفرہ میں جا کر اسکو دباتا ہے اور اسکے کہنف کو کھلا کر دیتا ہے اور انجام کار باریطون کو اسکی موخر چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دیتا ہے



شکل ۹۹۔ اثنا عشری صائم حفرہ۔

یہ بعض اوقات مندرجہ ذیل ایک سمت یا تینوں سمتوں میں پھیل جاتا ہے :- دائیں جانب کو اثنا عشری کے پیچھے۔ بائیں جانب کو تحتانی ماساریقی ورید کے پیچھے۔ یا اوپر کی طرف کو تعلقی ہا اورستعرض ماساریقائے قولون کی جگہ کے پیچھے۔ اس بڑھتی ہوئی جیب میں معائے صغیر بتدریج داخل ہوتی جاتی ہے حتیٰ کہ جیسا کہ اس ایک واقعہ میں تھا جسکی اطلاع سرٹیلے کو پر (Sir Astley Cooper) نے می تھی اور بہت سے دوسرے واقعات میں بھی پایا گیا ہے

تقریباً تمام کی تمام معائے صغیر ایک عظیم الجسامت وسطی پس باریطونی تاجہ میں موجود پانی جاتی ہے، جسکا منہ اثنا عشری صائے حفرہ کا دہن ہوتا ہے۔ اثنا عشری اس تاجہ میں داخل ہوتی ہوتی اور لغائی کا سرا اس سے باہر نکلتا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔ یہ تاجہ بائیں جانب پر عام طور پر نیچے کی طرف کو پھیلا ہوتا ہے اور بعض اوقات عجز کے طنف (promontory) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس قسم کے فتی میں تسدد کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

عملیہ جات جو معائے صغیر پر کئے جاتے ہیں۔ معاشکی فی

(enterotomy) معائے صغیر کو کسی ایسے تسدد کے اوپر سے کھولنے کا عمل ہے جسکے ممکنات بت ہونے کا خطرہ ہو یا جو رفع کیا جاسکتا ہو تسدد سے اوپر رودہ کا ایک ڈکیز زخم شکم سے ٹانگ کر کھول دیا جاتا ہے۔ مزید برآں معائے صغیر منفرد اجسام غریبہ اور بڑے بڑے سراری سنگریزوں کو دور کرنے کے لئے بھی کھولی جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معوی زخم جلد بعد بند کر دیا جاتا ہے۔

معا بر آری (enterectomy) یا معائے صغیر کے حصوں کا جراحی اتصال

جو ۶ یا ۸ فٹ تک بھی لمبے ہوتے ہیں تضیق (stricture) اور نوساخت (neoplasm) اور لنگرین کے لئے باسانی کیا جاسکتا ہے۔ یا ضرر سے اوپر کی معا کا اسکے نیچے کی معا سے نفیم کرنے سے دور قصیر (short circuit) بنایا جاسکتا ہے۔ معا بر آری کے بعد عام طور پر سرے کا سرے کے ساتھ باسانی اتصال پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مگر گاہے گاہے جبکہ ایک سرے کا قطریہ دوسرے سرے کے قطریہ سے بہت بڑا ہو سرور کو بند کرنے کے بعد جانی نفیم زیادہ محفوظ اور زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اگر مقابل کے سروں کے نفیم کے بعد تراوش شروع ہو جائے تو بالعموم ماساریتی کنارہ سے ہوتی ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ماساریقا کی دونوں تہیں معا کے نزدیک پہنچتے ہی منفرد ہو جاتی ہیں اور اسلئے انکے درمیان ایک مثلث فضا رہ جاتی ہے جسکا قاعدہ جو عرض میں اوسطا ۶ انچ ہوتا ہے ناپوشیدہ عضل بافت سے بنا ہوتا ہے لہذا ماساریتی چسپیدگی پر مصلی طبقہ میں احتیاط سے ٹانگے لگانا لازمی ہے۔ ایک سادہ دخت جو کٹے ہوئے معوی سروں کے ماساریتی کناروں کو قریب کر دیتی ہے اور ساتھ ہی اس

مصلی مثلث کو بند کر دیتی ہے شکل ۱۰۰ میں ظاہر کی گئی ہے۔

448

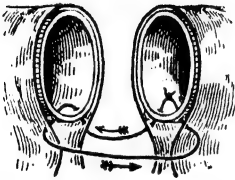
لفائفی اعور می خطم (ileo-caecal region) (شکل ۱۰۱) اعور

اور زائدہ کا درجہ نمونہ ستانیوں کے انواع اور انکی عمر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ آدمی اور گوشت خوار جانوروں میں یہ متوسط ہوتا ہے لیکن نبات خوار جانوروں میں اعور بہت بڑی ہوتی ہے۔ اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ غذا کے تصفیہ اور انخواب کے لئے ایک خزانہ کا کام دیتی ہے۔ زائدہ جو اعور کا ایک مختص حصہ ہے، نو زائدہ بچہ میں بھی اتنا ہی نمو یافتہ ہوتا ہے

جتنا کہ بشر آسا قرد کے بچوں میں۔ انسانی جنین میں یہ صرف اعور کے تنگ سرے کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔

جنینی قسم کی اعور جو بہت کمزور طور پر مخروطی ہوتی ہے بعض اوقات تمام زندگی میں برقرار رہتی ہے۔ بچوں میں سن بلوغ نزدیک آتا ہے انسانوں کی ایک کثیر تعداد میں زائدہ کا رجحان چھوٹے اور مذبول ہونے کی طرف ہوتا جاتا ہے اور اسکی وجہ شاید یہ ہے کہ ہماری موجودہ غذا اسکی

فعالیت کی صرف ایک خفیف سی حد تک ہی طلب گاہ ہوتی ہے۔



شکل ۱۰۰۔ سرے کے سرے کے متعلق
تفصیل میں جو دوخت لگائی جاتی ہے

اعور (caecum) قولون کا وہ حصہ ہے جو لائفائی کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے بالغ نعل میں اعور کا اوسط عرض ۳ انچ ہوتا ہے اور اسکا اوسط طول (انتصابی پیمائش) ۲ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ زندہ اجسام میں اسکی شکل اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت کے مطابق مسلسل بدلتی رہتی ہے۔

اعور میں طبعی طور پر گیس موجود ہوتی ہے اور اسکی قعر پر بلند طبعی آواز نکلتی ہے۔

گلینارڈ (Glenard) نے یہ معلوم کیا ہے کہ استرخائے احتشائیں یہ اکثر منقبض تھا اور جس کرنے پر اسکی بستیگی کھلا (sausage) کی سی تھی۔

اعور بالعموم دائیں حرقفی حفر میں قیام پذیر ہوتی ہے اور یہ اس طرح واقع ہوتی

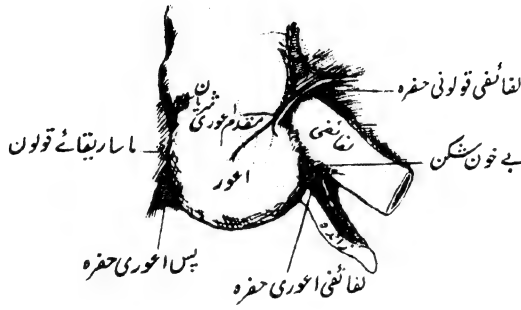
ہے کہ اسکا راس اُس نقطہ کا متناظر ہوتا ہے جو رباط اربی کے نقطہ وسطی سے ذرا اندر کی طرف مقرر کیا جائے۔ جب یہ گیس یا برازی مشمولات سے متمدد ہوتی ہے تو تمام دائیں حرقفی حفرہ کو گھیرے ہوتی ہے۔ لفافہ لسانی اعوری دہنہ شوکی سُری خط کے مین نیچے اور نقطہ مونرو (Monro) کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ خفیف سی متمدد اعور جس کا محل اس طریقہ سے معلوم کر لیا گیا ہو ران کو شکم پر خمیدہ کرنے سے خالی کیا جاسکتی ہے۔ حرکت پذیر اعور بعض اوقات حوض کی لکڑیہ معلق ہوتی ہے، یا حوض کو گھیرے ہوتی ہے اور بعض اوقات بائیں جانب کے اربی فتق میں بھی نکل آتی ہے۔ اعور کی حرکت پذیری کی شناخت عمیق جس سے کیا جاسکتی ہے جبکہ یہ بیرٹھم دار غذا سے پُر ہو اور لاشعاعوں سے اسکا امتحان کیا جا رہا ہو۔

اعور باریٹون سے تہامہ محصور ہوتی ہے، گو اسکی موضع سطح کا کچھ حصہ گاہے گاہے حرقفی حفرہ کی فضا کی بافت سے بھی تعلق رکھتا ہے۔ باریٹون عام طور پر قولونِ معودی کی ابتدا سے موضعِ در پر حرقفی عرف کے لیول سے نیچے معکوس ہوتا ہے۔

اعور میں تین قسم کی حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ (۱) بلونے کی حرکت جو کھانا کھانے کے بعد ایک گھنٹہ کے اندر اندر شروع ہوتی ہوئی دیکھی گئی ہے۔ (۲) ضد حرکتِ رودی حرکت جو قولون میں شروع ہوتی ہے اور اعور میں ختم ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 430)۔ (۳) دافع یا غالی کرنے والی حرکات۔ جب براز مستعرض قولون میں پہنچتا ہے تو پانی جذب ہو جاتا ہے، اور سکی بستگی ٹھوس ہو جاتی ہے۔ اعور اکثر دائیں جانب کے اربی یا مخدزی فتق میں پائی جاتی ہے (اعوری فتق)۔ ایسے فتق کا سوائے چند نادار الوقوع مثالوں کے ایک مناسب اور مکمل باریٹونی تاجہ ہوتا ہے۔ جو اجسام غریبہ شکل لے جاتے ہیں انکے اعور میں ٹھیر جانے کا بہت امکان ہوتا ہے اور یہ اس محل میں تفرح اور نیز انشقاب بھی پیدا کر دیتے ہیں جس سے ایک قسم کا التهاب اعور (typhlitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برازی احتباس کی حالتوں میں بھی برازی مادہ کا عظیم ترین اجتماع اکثر اعور ہی میں پایا جاتا ہے اور جب تمدد انتہا تک پہنچ جاتا ہے تو امعاء کے اس حصہ پر ہی عام طور پر سب سے زیادہ بار پڑتا ہے۔ اعور کی غنائے مخاطی میں خاصہ لفافہ لسانی اعوری دہنہ کے قریب مجدد جراب کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اس حصہ میں معوی لنگریاں بھی اکثر پائی جاتی ہیں۔

لفائفی اعوری دہنہ ایک عضل عاصہ (لفائفی اعوری عاصہ (ileo-caecal

sphincter سے محفوظ ہوتا ہے۔ اسکی تعصیب نظام مشارکی سے ہوتی ہے اور لفاائفی سے جو کیموس آتا ہے اسکے بہاؤ کو یہ منظم کرتا ہے (ٹی۔ آر۔ ایلکٹ، T. R. Elliot اور بی ٹیمتھ B. Smith) مٹر ولیم میکینون (Sir William Macewen) نے ایک سپاہی میں جس میں بندوق کی گولی سے ایک عریض اعوری ناسور پیدا ہو گیا تھا اسکو اپنا فعل کرتے ہوئے دیکھا ہے مزید برآں اسی مشاہدے نے زائدہ دودید کے منہ سے جو لفاائفی اعوری دہنہ سے تقریباً ایک انچ



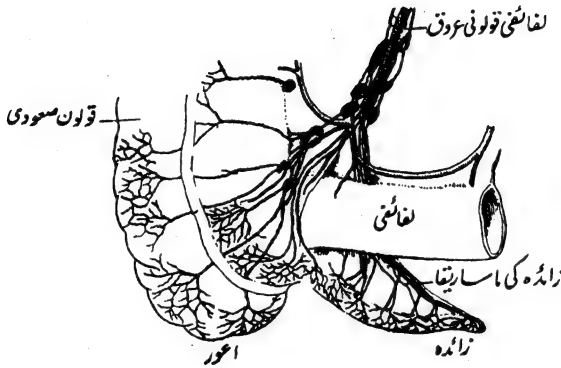
نشل ۱۰۱۔ لفاائفی اعوری خط کے باریطونی حفرہ جات۔

نیچے واقع ہوتا ہے ایک افزائیکتے دیکھا ہے۔ بعض حالتوں میں جیسا کہ ڈاکٹر جیمز کیس (Dr. James Case) نے سب سے پہلے معلوم کیا تھا لفاائفی اعوری عاصہ کو منظم کرنے والے معکوسات اپنا فعل چھوڑ دیتے ہیں اور یہ دہنہ عظیم المقدرت رہ جاتا ہے جس سے اعور کے مشمولات لفاائفی میں واپس آ جاتے ہیں۔

زائدہ (appendix) کا طول مختلف ہوتا ہے۔ اسکی اوسط پیمائش بالغ میں ۴ انچ ہوتی ہے۔ اسکے طول کے حدود ۱ انچ اور ۶ انچ ہیں۔ اسکا محل مسلسل بدلتا رہتا ہے

گو اپنی طبعی حالت میں یہ عام طور پر لفافنی کے معرے اور اسی ماساریقا کے پیچھے پڑا ہوا اور طحال کنا طرف اشارہ کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ اکثر اعور کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ صعودی ماساریقا کے قولون میں مدفون پایا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جنہیں زندگی کے آخری مہینوں میں جبکہ اعور جگر کے قرب وجوار سے دائیں حرقفی حفرہ میں منتقل ہو جاتی ہے زائده دب کر اعور کے پیچھے چلا جاتا ہے اور ماساریقا کے قولون میں پھنس جاتا ہے۔ گاہے گاہے یہ دائیں یا بائیں اربی فتح میں بھی پایا جاتا ہے بعض اوقات زائده حوض میں معلق ہوتا ہے اور الہتانی حالتوں میں

451



شکل ۱۰۲۔ اعور، زائده اور قولون کے عروق لطف کا ممر۔
(جمیسن: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson کے مطابق)

یہ بیض یا دوسری حوضی ساختوں سے انضمام پیدا کر لیتا ہے۔ ملتہب زائده جگر اور دائیں گردہ یا حالب سے یا بائیں حرقفی حفرہ کے اندر کی ساختوں سے منغم ہو سکتا ہے۔ یا اس کی نوک قرب وجوار کی باریطونی سطح سے چپک سکتی ہے، اور اس طرح ایک ”بند“ بنجاتا ہے جس کے نیچے محائے صغیر کا ایک ٹکڑا منحوق ہو سکتا ہے۔

زائدہ کی ماسا ریفقا (شکل ۱۰۲) جس میں لفغانی قولونی (ileo-colic) شریان سے حاصل شدہ ایک شریان موجود ہوتی ہے بعض اوقات اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس سے زائدہ پر پل پڑ جاتے ہیں۔

اس کے مخاطی استر میں مجر دلف آسا جرابات (lymphoid follicles) اس افراط سے پائے جاتے ہیں کہ اسکا درونہ تقریباً بند ہو جاتا ہے۔ دوسری لمف آسا سائنٹوں کی طرح یہ جرابات سن بلوغ کے آنے کے جلد بعد ہی مذبول ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ التهاب زائدہ (appendicitis) کی بعض قسموں میں یہ جرابات ماؤف ہو جاتے ہیں۔

جوشعاع نگار ٹیمس بیریم (barium) دار غذا دینے کے بعد لیجاتی ہیں ان میں زائدہ کا سایہ بالعموم شناخت کیا جاسکتا ہے ۴۰-۷۰ فیصدی افراد میں بار کسل (Barclay) ۸۰ فی صدی میں نہیں (Case) زائدہ کا سایہ لینے سے پیشتر بعض اوقات اعور کا جس کرنا اور اسکو اپنی جگہ سے ہٹا دینا ضروری ہوتا ہے۔ بقیہ فذائی خط کی طرح اسکے عضلی نظام میں بھی متوازن حرکت دودی آہستہ آہستہ واقع ہوتی رہتی ہے، جسکی وجہ سے اگر درونہ بھی منفق ہو تو اعوری مشمولات آہستہ آہستہ داخل اور خارج ہوتے رہتے ہیں۔ اس کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔

اعور اور زائدہ کے عروق لمف (شکل ۱۰۲)۔ چونکہ زائدہ کے التهاب

میں سرائت خاص کر اسکے عروق لمف سے پھیلتی ہے، اسلئے اس نظام کی ترتیب جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہے۔ فذائی قنال کے دوسرے حصوں کی طرح عروق لمف کئی مین صغیرے ہوتے ہیں۔ (۱) زیر مخاطی جو غشائے مخاطی سے لمف وصول کرتے ہیں۔ (۲) ایک مین عضلی صغیرہ۔ (۳) ایک زیر مصلی صغیرہ۔ ان تینوں میں انتہائی ربط و راہ موجود ہوتا ہے۔ لمف آسا جرابات یہ مخاطی لمفی فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں عضلی طبقہ میں کچھ وقفوں پر زیر مخاطی اور زیر مصلی صغیروں میں بلا واسطہ تسلسل موجود ہوتا ہے۔ لہذا باریلونی طبقہ تک سرائت باسانی پھیل سکتی ہے اور اس سے التهاب باریلون (peritonitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برآر عروق کی زیادہ تعداد ماسا ریفقا زائدہ میں جاتی ہے، جہاں بعض اوقات ایک یا زائدہ دواقع ہوتے ہیں۔ مگر اکثر برآر عروق

غدد کے لفافنی قولونی گروہ میں جاتے ہیں جو لفافنی قولونی زاویہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۲)۔ یہ گروہ اعور کے مقدم حصہ و زائدہ کے قاعدہ سے بھی اُن عروق کے ذریعہ سے لفاف وصول کرتا ہے جو مقدم قولونی شکم میں سے گزرتے ہیں۔ اعور کی موخر جانب سے جو عروق آتے ہیں وہ بھی لفافنی قولونی گروہ میں مل جاتے ہیں۔ یہ عروق حرقنی یا قطنی خطوں کے عروق لفاف سے ربط و راہ نہیں رکھتے (جمیسن : Jamieson اور ڈوبسن : Dobson)۔ جو عروق غدد کے لفافنی قولونی گروہ سے نکلتے ہیں وہ معائے صغیر اور قولون صعودی کے برآر عروق سے مل جاتے ہیں اور اُن غدد میں جا کر داخل ہوتے ہیں جو فوقانی ماساریتی (superior mesenteric) شریان کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

453

انغماد معوی (intussusception) لفافنی اعوری خط میں نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

اس حالت میں معا کا ایک حصہ ساتھ کے حصہ کے درونہ میں سقوط یا فستہ ہو جاتا ہے یعنی ”دوربین کی اندرونی نالی کی طرح گھس جاتا ہے“۔ لفافنی اعوری قسم میں (جو عام ترین قسم ہے) تنگ لفافنی اور اسکے بعد اعور بھی قولون میں سقوط یا فستہ ہو جاتی ہے۔ لفافنی اعوری دہنہ سے اس بروز یا انغماد معوی کی چوٹی بنتی ہے۔ لفافنی قولونی قسم میں (جو ایک نادر الوقوع قسم ہے) لفافنی کا سرا مصرع میں سے سقوط ہو جاتا ہے۔ یہ دہنہ اور اعور اپنے اپنے طبعی محل پر رہتے ہیں اور انغماد معوی کی چوٹی صرف لفافنی ہی سے بنتی ہے۔ ایک اور قسم میں جو کثیر الوقوع ہے انغماد معوی کا اس متغمد اعور کے قعر سے بنتا ہے۔

ایسے تین باریطونی حفرہ جات کافی مستقل طور پر پائے جاتے ہیں جن میں لفافنی

اعوری خط کا فوق بعض اوقات واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۱)۔ اور وہ یہ ہیں: (۱) لفافنی قولونی جو قولون صعودی اور لفافنی کی انتہا کے درمیان واقع ہوتا ہے — یہ اوپر کی طرف ایک شکن سے محدود ہوتا ہے جس میں مقدم اعوری شریان موجود ہوتی ہے۔ (۲) لفافنی اعوری حفرہ جو لفافنی کی انتہا اور اعور کے درمیان واقع ہوتا ہے — یہ سامنے کی طرف بے خون کے (لفافنی اعور) شکن سے اور پیچھے کی طرف ماساریقا اور زائدہ سے محدود ہوتا ہے۔ (۳) پس اعوری حفرہ جو

۱۔ عور کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہ دائیں جانب پر صغودی ماسایقائے قولون کے نیچے کے سرے سے محدود ہوتا ہے۔

غذائی نلی کے مشمولات کے سفر کی رفتار۔ زندہ انسان کی غذائی

قتال میں بیریم (barium) یا بستمہ (bismuth) دار غذا کی حرکات کا مطالعہ کرنے سے اس خیال میں معتد بہ تبدیلی واقع ہو جاتی ہے جو اس حصہ کا مرد میں امتحان کرنے سے امعاء کے متعلق قائم ہو جاتا ہے۔ یہاں جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ زیادہ تر ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات پر مبنی ہے۔ معدہ کے مشمولات کھانا کھانے کے بہت جلد بعد اثنا عشری میں گزرنا شروع ہو جاتے ہیں۔ ۱/۴ گھنٹہ میں غذا احوال ہونا شروع ہو جاتی ہے اور یہ بتدریج گڑھوتی جاتی ہے ۱/۲ گھنٹہ میں مشمولات کبدی عوجہ (hepatic flexure) تک پہنچ جاتے ہیں اور ۱ گھنٹہ میں طحالی عوجہ تک۔ صغودی قولون اور مستعرض قولون کے پہلے حصہ میں براز کا سیال حصہ جذب ہو جاتا ہے۔ نزولی حرقی اور حوضی قولون میں مشمولات آہستہ آہستہ سفر کرتے ہیں۔ ۳ گھنٹہ میں غذا ترقی اور حوضی قولون میں پہنچ جاتی ہے۔ قولون کو ہرگز ایک انفعالی نلی تصور نہ کرنا چاہئے بلکہ یہ ایک فعال عضلی عضو ہے جس کا تعلق دفعیہ اور انجذاب سے ہے۔

454

قولون (colon)۔ عور سے لیکر حوضی مستقیم مقام اتصال تک سوائے کبدی

اور طحالی عوجوں کے جو گہرے واقع ہوتے ہیں دباؤ سے رودہ تک رسائی ہو سکتی ہے۔ کبدی عوجہ جگر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور طحالی خم جو ایک اونچے لیول تک چلا جاتا ہے معدہ کے پیچھے ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ مستعرض قولون کا زیرین کنارہ تقریباً ناف کے لیول پر ہوتا ہے (شکل ۹۳)۔ برازی اجتماع میں قولون کا خاکہ سوائے مذکورہ بالا دونوں عوجوں کے بالوضاحت معین کیا جاسکتا ہے۔ معائے صغیر کے تمدرات میں پیٹ کے نمایاں ترین ابھار کا رجحان سامنے کی طرف اور ناف کے ارد گرد اور اس کے نیچے نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معائے کبیر کے تمدرات میں شکم کی سامنے کی طرف بعض اوقات (کم از کم تھوڑے سے عرصہ کے لئے) نسبتاً چپٹی رہتی ہے اور ابھار دونوں پہلوؤں اور ناف کے مین اوپر کے خط میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔

مستعرض قولون اور صعودی اور نزولی قولونوں کے زیرین دو تہائی حصوں کے سلعات کے حدود خواہ وہ متوسط الجسامت ہی کیوں نہ ہوں، بخوبی معین کئے جاسکتے ہیں، اور انفاد بمعوی (intussusception) کے واقعات میں جو ایک عارضہ ہے جسکا ذکر صفحہ 453 پر کیا جاسکا ہے، یہ قولون میں سے تودہ کے آگے بڑھنے کا اکثر سراغ لگایا جاسکتا ہے۔

معائے کبیر کا قطر (بانتوائے معائے مستقیم) اعمور سے لیکر صرفی قولون تک کم ہوتا جاتا ہے۔ قبل الذکر کا تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ اور موخر الذکر کا $\frac{1}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ معائے اس قطعہ کا تنگ ترین حصہ حوضی قولون اور معائے مستقیم کے مقام اتصال پر واقع ہے، اور یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ یہی مقام ہے جس پر تضیق نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر حوضی مستقیسی عاصری خط (pelvic rectal sphincteric tract) بھی واقع ہوتا ہے۔

455

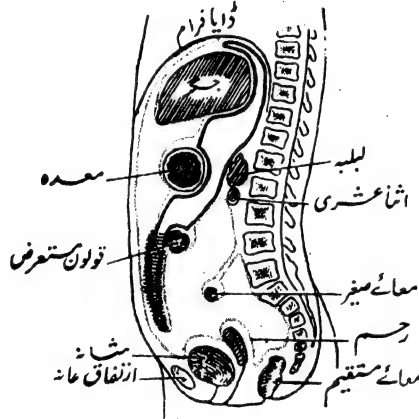
اعور سے مبرز تک تضیق واقع ہونے کا امکان بڑھتا چلا جاتا ہے۔ نزولی قولون میں تضیق کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور اس سے کم کثرت کے ساتھ مستعرض قولون میں رونما ہوتا ہے، اور صعودی قولون میں یہ مقابلہ نادر الوقوع ہوتا ہے۔ رودہ کے خموں پر تضیق قلیل الوقوع نہیں ہوتے۔

قولون کے طولی عضلی ریشے معائے صغیر کی طرح اسکے گرد ایک نئی بنانے کے بجائے تین قورات (taenia) میں مرتب ہوتے ہیں، جن میں سے ہر ایک $\frac{1}{4}$ انچ عریض ہوتا ہے۔ یہ ایک دوسرے سے تقریباً مساوی فاصلہ پر ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ معائے مستقیم میں طولی عضلہ کا طبقہ پیرکمل ہوجاتا ہے، اگرچہ پیچھے کی طرف اعمور تک ان بندوں کا تعاقب کیا جائے تو یہ نئیوں کے تینوں بند زائدہ کے قاعدہ پر ختم ہوجاتے ہیں۔ مگر قولون صعودی کا مقدم داخلی قور زائدہ تک راست ترین راستہ اختیار کرتا ہے، اور اسلئے جراح اس حثا کو تلاش کرتے وقت اس سے رہنما کا کام لیتے ہیں۔ چونکہ قور قولون سے اسکے چھٹے حصہ کے برابر چھوٹے ہوتے ہیں اس لئے رودہ کی دیواریں سمٹی ہوتی ہیں جسکی وجہ سے تانچکوں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جو قورات کے درمیان میں قطاروں میں مرتب ہوتا ہے۔

لے دیکھو معوی تدد (Intestinal Obstruction) مولفہ سر فریڈرک ٹریویز لندن ۱۹۱۹ء۔

مزید برآں قولون اپنے تمام طول میں زوائڈنری (appendices epiploicæ) کے موجود ہونے سے مجز ہوتی ہے، جو معائے صغیر اور اصلی معائے مستقیم پر موجود نہیں ہوتے۔ یہ چربی کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں جو باریک بینی طبقہ کے چھوٹے چھوٹے تاپچوں سے ملبوس ہوتے ہیں۔

بالغ میں قولون صعودی کا طول امور کی نوک سے لیکر کبدی عوج (hepatic flexure) تک ۵ سے لیکر ۸ اینچ تک ہوتا ہے اور قولون نزولی کا طول طحالی عوج (456



شکل ۱۰۳۔ شکم کی سہمی تراش جو مستعرض قولون کے تعلقات اور معدہ اور بلبلہ کو ظاہر کرتی ہے۔

(splenic flexure) سے لیکر حرقی عرف تک اس سے ذرا کم ہوتا ہے۔ مستعرض قولون کا طول مختلف ہوتا ہے، لیکن اسکی اوسط پیمائش ۲۰ اینچ ہوتی ہے۔
 اعمور کے گرد باریک بینی پوشش مکمل ہوتی ہے لیکن قولون صعودی کے صرف مقدم اور جانبی رخ ہی اس سے بالعموم ملبوس ہوتے ہیں۔ مگر ۲۶ فیصدی واقعات میں (ٹریوینز: Treves)

قولون صعودی کے لئے یہ ایک چھوٹی سی ماساریقائے قولون (۱ تا ۳ انچ) بھی بناتی ہے۔ یہ ماساریقا عام طور پر اسقدر چھوٹی ہوتی ہے کہ رودہ کا یہ حصہ شکم کے زخم سے باہر نہیں نکالا جاسکتا۔ اس قسم کی ماساریقائے قولون کا زیرین حصہ بعض اوقات دوشاخہ ہوتا ہے اور اس سے ایک ”اصبعی“ (digital) حفرہ بجاتا ہے جس میں دورانِ عملیہ میں گاہے گاہے زائدہ کی نوک ٹٹائی جاتی ہے۔ کبدی قولون کی باریطونی ترتیب صعودی قولون کی باریطونی ترتیب کے مشابہ ہوتی ہے۔ مستعرض قولون کی ماساریقا کی چسپیدگی بلبہ کی مقدم سطح کو عبور کرتی ہے۔ مستعرض قولون کے جو تعلقات معدہ اور بلبہ سے ہیں وہ شکل ۱۰۳ کو دیکھنے سے نہایت آسانی سے سمجھ میں آجاتے ہیں۔ ٹیکل جنینی ترتیب کی سہمی تراش کے خاکہ کو ظاہر کرتی ہے۔ بہر حال بالغ میں انضماماً ثرب کبیر کے کہنے کے اس حصہ کو جس پر شکل میں متقاطع متوازی خط کیسے چمکے گئے ہیں منطوس کر دیتے ہیں تاچہ صغیر کا خاکہ سیاہ ہے اور اکبر کا سرخ۔

457

تقریباً صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں قولون نزولی کی ماساریقائے قولون ہوتی ہے (ٹریوینز: Treves)۔ جنینی زندگی کے پانچویں ہمدینہ تک اسکی ماساریقا ہوتی ہے مگر اسکے بعد یہ غائب ہو جاتی ہے۔

۹۰ فیصدی واقعات میں لفائف حوضی قولون کے حرقی حصہ کی ماساریقا نہیں ہوتی۔ بقیہ ۱۰ فیصدی میں ایک چھوٹی سی ماساریقا موجود ہوتی ہے۔ لیکن حوضی قولون عریض اور پچھے کی شکل کی ماساریقا کے حاشیہ پر جو حرکت کے لئے معتدبہ وسعت کی اجازت دیتی ہے آزاد طور پر واقع ہوتی ہے۔ اس ماساریقائے قولون کا قاعدہ اس کے قولونی حاشیہ کے مقابلہ میں چھوٹا ہوتا ہے۔ معائے ستقیم کے باریطونی تعلقات پر صفحہ 542 پر بحث کی گئی ہے۔

قولون صعودی کا رخ صلب میں عمودی ہوتا ہے اور پھر یہ دائیں گردہ کے بیرونی حاشیہ کے گرد گھوم کر جگر کے قریب دائیں یا کبدی عوج پر ختم کھا جاتی ہے۔ اس کا طول ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات اس سے بھی بہت کم ہوتا ہے۔ التهاب زائدہ (appendicitis) کے لئے عملیہ کرنے کے دوران میں گاہے گاہے یہ حالت پائی جاتی ہے کہ

ناقص نموی نزول کی وجہ سے لفافینی اموری خط مصلب میں اتنا اونچا واقع ہوتا ہے کہ گردہ کے نزدیک ہوتا ہے یا جگر کے نیچے بھی واقع ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف نیچے سے لیکر اوپر تک صعودی قولون، عضلہ حرقفییہ (iliacus) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور گردہ کے زیرین قطب سے ملا کرکتی ہے۔

دائیں یا کبڈی عوجہ سے منفرج یا حاد خم بنتا ہے، مگر اسکا زاویہ طحالی عوجہ کے

زاویہ سے کم حاد ہوتا ہے۔ اسکی وسطانی جانب پر اثنا عشری کا دوسرا حصہ ہوتا ہے اور اس کے باہر کی طرف جگر کی کور یا شکم کی جانبی دیوار ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ جگہ سے مس کرتا ہے اور پیچھے کی طرف یہ گردہ پر واقع ہوتا ہے۔

قولون مستعرض شکم کی ایک طرف سے دوسری طرف کو ایک طویل اور پھیلا ہوا

شکل میں جاتی ہے۔ پہلے یہ اثنا عشری کے دوسرے حصہ کو عبور کرتی ہے اور یہاں اس کی ماسا ریفائے قولون چھوٹی ہوتی ہے اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتی۔ لیکن اسکے بعد اسکی ماسا ریفائے کا طول اسکو معاً سفیر پر سے آزادانہ ٹھلک جانے کی اجازت دیتا ہے۔ غیر منشی واقعات میں جنہیں شکمی عضلات کا مہار کمزور ہوتا ہے بعض اوقات ارتفاق مانہ (symphysis pubis) تک پہنچ جاتی ہے۔ بائیں جانب پر یہ پھر چھوٹی ہو جاتی ہے اور اسلئے مستعرض قولون بلبہ کی دم کے قریب واقع ہوتی ہے، جسکے ساتھ ساتھ یہ معدہ کے نیچے سے لیکر طحال کے زیرین قطب تک جاتی ہے۔ رودہ کے اس حصہ میں خوں کا ایک سلسلہ دکھائی دیتا ہے اور دو خم خصوصیت کے ساتھ پائے جاتے ہیں جنہیں سے ایک اسکی ابتدا پر اور دوسرا اسکی انتہا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔

قولون مستعرض کا دایاں حصہ مرارہ سے ایک قریبی تعلق رکھتا ہے اور موت کے بعد یہ بالعموم صفر سے ملون پایا جاتا ہے۔ ایسے واقعات بھی دیکھنے میں آچکے ہیں جنہیں مرارہ میں بگڑنے موجود تھے اور مرارہ کی دیواریں دباؤ سے متفرج ہو گئی تھیں اور تفرح ماتحت مستعرض قولون پر اثر انداز ہو گیا تھا اور اس طرح مرارہ اور رودہ کے درمیان ایک ناسور بگیا تھا جس میں سے

بڑے بڑے سنگریزے خارج ہوتے تھے۔ مزید برآں کبدی خراجات اکثر مستعرض قولون میں خالی ہو چکے ہیں اور مستعرض قولون اکثر سریفتق میں چلی جاتی ہے اور سورباغ و نسلو (Winslow) (شربی سورباغ) میں جو فتق واقع ہوتا ہے اسکے کئی ایک واقعات میں یہ متاثر ہوتی ہے۔

بایاں یا طحالی عوجہ مراق (hypochondrium) میں طحال کے زیرین

قطب پر ایک زاویہ حادہ بناتا ہے۔ یہ معدہ کے پیچھے گہرا واقع ہوتا ہے اور کبدی عوجہ کی نسبت بلند لیول پر ہوتا ہے۔ باریطون کا مثلث شکل کا ایک شلف (shelf) یعنی ڈایا فرامی قولونی رباط اس عوجہ سے لیکر باہر کی طرف کو ڈایا فرام تک جاتا ہے۔ یہ طحال کو مہارا دیتا ہے اور اس عوجہ کو مثبت رکھتا ہے۔

قولون نزولی (descending colon) حرقنی عرف کے بالمقابل حرقنی

قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ۴ تا ۶ انچ لمبی ہوتی ہے اور قولون صعودی سے یقینی طور پر تنگ ہوتی ہے۔ یہ بائیں گردہ کے بیرونی کنارہ کے گرد نیچے کی اور اندر کی جانب کو گھوم جاتی ہے اور پھر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور عضلہ خصریہ (psoas muscle) کے درمیان زاویہ تک نیچے کی طرف کو سیدھی چلی جاتی ہے (شکل ۱۰۵)۔ ٹریویز (Treves) کے مطابق صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں اسکی ماساریقا ہوتی ہے۔

حرقنی قولون (iliac colon) بھی ماساریقا سے بالعموم مبرا ہوتی ہے

(۹۰ فیصدی)۔ یہ عضلہ حرقنیہ خصریہ (ilio-psoas) اور بائیں حالب اور بائیں منوی عروق اور حرقنی عصب کو عبور کرتی ہوئی حرقنی عرف سے ۵-۶ انچ تک اندر کی طرف کو چلی جاتی ہے اور حوض کی کمر پر حوضی قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔

459

حوضی قولون (pelvic colon) بائیں عضلہ خصریہ (psoas) کی اندرونی

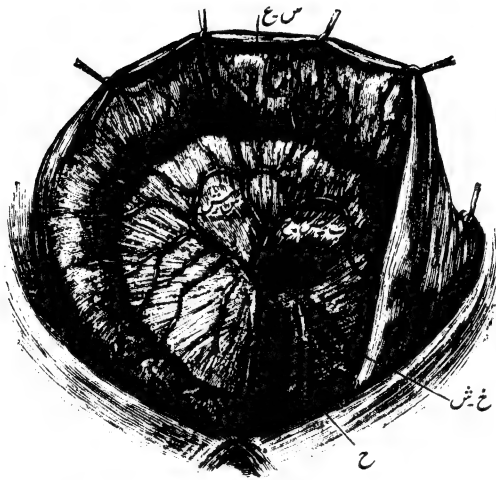
کور پر شروع ہوتی ہے اور خارجی حرقنی عروق کو عبور کرنے کے بعد ایک اختلاف پذیر مغزیا رکھتی

یہ حوض میں سے عام طور پر بائیں جانب سے دائیں جانب کو گذرتی ہے اور پھر ایک چنبر کی شکل میں پیچھے کو جا کر حوض کے موخر حصہ میں پہنچ جاتی ہے۔ تیسرے عجری فقرہ کے لیوں پر خط وسیلی کی عین بائیں جانب پر کے ایک نقطہ پر پہنچنے کے بعد یہ خم کھا کر معائے مستقیم میں ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا اختتام تین خصائص سے ممیز ہوتا ہے :- (۱) یہاں اسکے قطر میں ایک انقباض پایا جاتا ہے۔ حوضی مستقیم عاصری خط (pelvi-rectal sphincteric tract) (۲) باریطون قولون کو مکمل طور پر ملفوف نہیں کرتا اور صادق ماساریقا نہیں بناتا۔ (۳) تینوں طولی تور (longitudinal tæniæ) پھیل کر ایک علیحدہ طولی عضلی طبقہ بنا دیتے ہیں۔ ٹریویر (Treves) پہلا شخص تھا جس نے حوضی قولون کو قولونی خط کے طور پر تمیز کیا اور اس کو ”اومیگا نما چنبر“ (omega loop) کے نام سے موسوم کیا کیونکہ یہ بڑے اومیگا Ω کے مشابہ ہوتا ہے۔ اگرچہ اسکا نام ”حوضی قولون“ رکھ دیا گیا ہے مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جنین اور بچہ میں یہ حوضی نہیں ہوتا بلکہ اسکا محل فوق حوضی ہوتا ہے اکثر اومیگا نما چنبر (sigmoid loop) بھی کہا جاتا ہے۔ اس چنبر کا اوسط طول بالغوں میں ۱۷ انچ ہوتا ہے اور اسکے دونوں سرے تقریباً ۳ یا ۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ اگر یہ سرے ایک دوسرے کے قریب ہو جائیں جیسا کہ سگما نا (sigmoid) قولون کی ماساریقا کی جڑ پر کے قابض التهاب باریطون میں ہوتا ہے تو ایک قسم کا ساقچہ بن جاتا ہے جس پر سے چنبر یا سانی بل کھا جاتا ہے۔ رودہ کا اس قسم کا بل حوضی قولون یا چنبر کی قفلتہ (volvulus) کہلاتا ہے اور یہاں یہ بھی کہا جاسکتا ہے کہ قفلتہ معاد (volvulus) اس چنبر میں غذائی قنال کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔

حوضی قولون کی ماساریقا کا خط چسپیدگی بائیں عضلہ خصر (psoas muscle) اور حرقعی عروق کو انکی دو شاخگی کے قریب عبور کرتا ہے، اسکے بعد یہ دفعۃً نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے اور تقریباً عموداً جا کر خط وسطیٰ پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس ماساریقائے قولون کی بائیں دیوار میں اس مقام کے نزدیک جہاں یہ حرقعی عروق کے اوپر واقع ہوتی ہے بعض اوقات ایک حفرہ پایا جاتا ہے۔ یہ سگما نا شریان (sigmoid artery) سے پیدا ہوتا ہے اور اسکی گہرائی تقریباً ۱۶ انچ ہوتی ہے۔ یہ بین سگما نا حفرہ (intersigmoid fossa) کہلاتا ہے اور سگما نا مفتق (sigmoid hernia) کا محل وقوع ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں مخروط فوق کے پائے جانے کے

واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

جب حوضی قولون خالی ہوتی ہے تو یہ طبعی طور پر حوض کو گھیرے ہوتی ہے۔ متدد ہو کر رودہ کا یہ حصہ بعض اوقات اتنا زیادہ متسع ہو جاتا ہے کہ جب تک پہنچ جاتا ہے۔ غیر معمولی اتساع کی خاص خاص مثالیں اسی چیز سے تعلق رکھتی ہیں جیسا کہ کولانی قولون (megacolon) یا مرض ہرش سپرنگ (Hirschsprung's disease) میں ہوتا ہے جس میں اگرچہ عضلی طبقہ میں بظاہر



شکل ۱۰۴۔ سگمانا عوجہ (حوضی قولون) بین سگمانائی حفہ کو دکھانے کے لئے اوپر

اٹھا دیا گیا ہے۔ (جونیسکو: Jonnesco)

س-ع۔ سگمانا عوجہ۔ س-ش۔ سگمانا شریان۔ ج-س-ح۔ بین سگمانائی حفہ۔ خ-ش۔ خارجی سرفنی شریان۔ ج۔ حاملہ جو اندرونی سرفنی عروق کے سامنے ہے۔

اتساع اور بیش پروزش ایک غیر معمولی درجہ تک پائی جاتی ہے مگر اس قسم کے طبقہ میں قوت انقباض موجود نہیں ہوتی۔ برازی ما دے حوضی قولون کے بعد حصہ میں اکثر ٹھہرے رہتے ہیں اور اسی علاج

بعض معوی کنگریاں بھی پائی جا چکی ہیں۔

سرفریڈرک ٹریویر (Sir Fredrick Treves) نے تجربہ سے اس امر کا مظاہرہ کیا تھا کہ جب مبرز میں سے ”کبھی نلی“ داخل کیجاتی ہے تو معمولی حالتوں اور امعاء کی طبعی تیب میں یہ سنگمانا عوجہ سے آگے نہیں گذاری جاسکتی۔ لیکن بیریم (barium) کا ایک غیر شفاف حقنہ شعاع نگاری سے اعورتک پہنچا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔

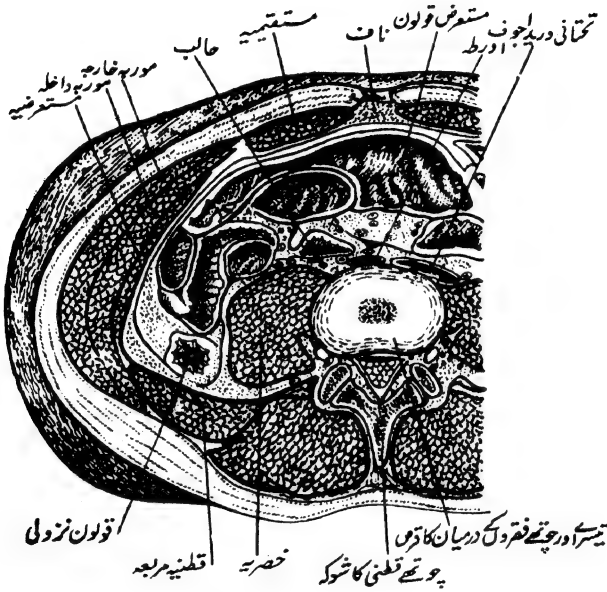
معائے مستقیم کے خلقی فقدان یا نقص میں حوضی قولون — بعض حالتوں میں حرقی قولون — بُن ران میں کھولدی جاتی ہے اور یہاں ایک مصنوعی مبرز بنادی جاتی ہے۔ کہا گیا ہے کہ خلقی بدکلی کے واقعات میں حوضی قولون کے غیر یقینی عمل کی وجہ سے ایک وقت پیش آتی ہے کیونکہ بعض اوقات یہ حوض میں دائیں جانب پر ہوتی ہے، اور بعض اوقات خط وسطی پر۔ مگر ان محلات پر یہ شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ کم عمر شیرخوار بچوں کے ۱۰۰ بعد الموت امتحانات میں کرلنگ (Curling) کو یہ چنبر ۸۵ واقعات میں بائیں جانب پر ملا۔ ۱۰۰ بچوں میں سے جن پر غیر منتقب مبرز (imperforate anus) کے لئے عمل کیا گیا تھا یہ چنبر صرف ایک واقعہ میں بائیں حفرہ میں ملا تھا (منگلرٹی: Montgomery)۔

حرقی اور حوضی قولونین اکثر مخالطہ کے مضاعف عطفات کا محل ہوتی

ہیں۔ یہ عطفات ان مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر عروق یا تورودہ میں داخل ہوتے ہیں اور یا ان سے باہر نکلتے ہیں۔ اس طرح عضلی طبقہ میں کمزور مقامات پیدا ہو جاتے ہیں جنہیں سے مخالطہ طبقہ کے چھوٹے چھوٹے فتوح یا عطفات نکل آتے ہیں اور وائڈنبر (appendices epiploicae) اور ماساریقا کی جڑ میں بروز کر آتے ہیں۔ قولون کا یہ حصہ براز کے لئے بطور ایک طرف کے کام دیتا ہے اور یہ ہمیشہ نشی طور پر منقبض رہتا ہے اور شاید یہی وجہ ہے کہ حوضی قولون میں رورودہ کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت یہ عطفات اکثر پائے جاتے ہیں۔ ان عطفات کا مظاہرہ غیر شفاف حقنہ دینے کے بعد شعاع نگاری سے کبھی عوجہ تک اور اسکے اوپر تک بھی کیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ حرقی حوضی قولون میں سب سے زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان اشتقاق واقع ہو جاتے ہیں اور التهاب باریلون پیدا ہو جاتا ہے جو گاہے گاہے فستر ہوتا ہے

لیکن کثیف انضمامات اسے اکثر بند کر دیتے ہیں۔ اس طرح روده کا تسد و پیدا ہوتا ہے اور گرد قولونی خراجات بنتے ہیں۔

حرقنی یا اربی قولون شگافی (iliac or inguinal colotomy)۔



شکل ۱۰۵۔ ناف کے لیول پر جسم میں سے افقی تراش۔
(برائے Braune کے مطابق۔)

اس عمل میں جو بہت عام اور عمدہ اور سادہ عملیہ ہے حوضی قولون کو بائیں حرقنی خطہ میں معرا کر کے کھول دیا جاتا ہے۔ شوکی تری خط سے قائمہ زاویہ پر اور مقدم فوقانی حرقنی شوکہ سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر کوئی ۲ انچ لمبا شگاف دیکر عضلات کاٹ دئے جاتے ہیں۔ شکم کے

تینوں عضلات (شکل ۱۰۵) اور باریٹون کاٹنے کے بعد عوصی عوصہ کا چنبر زخم میں لایا جاتا ہے اور محفوظ کرنے کے بعد (اسی وقت یا کچھ عوصہ بعد) کھول دیا جاتا ہے۔ عمیق (deep) circumflex شریان کی صعودی شاخ خط شکاف کو کاٹتی ہوئی گزرتی ہے۔ یا شکاف عضلہ مستقیمہ میں سے بھی دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ مقصود ہو کہ قولونی تفویہ (colostomy) مستقل ہو تو مریض کے آرام کا انحصار دہنہ پر کی عاصری ترتیب کے کارگر ہونے پر ہوگا۔ اور اس کے لئے (۱) ماساریقائے قولون کے فتح میں سے دیوار شکم کو اسکی تمام دبازت میں سے ٹانگے لگا کر جوڑنا چاہئے۔ (۲) اوپر کی جانب رودہ میں کوئی ڈھیلا پن موجود نہ ہو جس سے یہ سقوط یافتہ ہوسکے (۳) براز کو نیچے کی بجائے باہر کی طرف منصرف کرنے کے لئے اچھا ہماز موجود ہونا چاہئے اور اسکے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ ابتدائی عملیہ کے دس دن بعد رودہ کے برون شکمی چنبرہ کو مکمل طور پر دور کر دیا جائے۔ (۴) شکاف ۲ انچ سے بہت زیادہ لمبا نہ ہونا چاہئے۔

زمرن
اعور دائیں جانب پر کھولی جاسکتی ہے (اعوری تفویہ: caecostomy)۔ اور مزوں
شکاف بالعموم وہ ہوتا ہے جو عمیق بر معدی شریان کے باہر کی طرف ترجیحا دیا جاتا ہے۔ علاوہ ازیں
زائدہ کو بھی کھول کر اس شکاف کے ساتھ جو بن ران میں واقع ہوتا ہے ٹانگا جسا چکا ہے
(زائدی تفویہ: appendicostomy) زائدہ کے اندر کے فتح سے اعور اور قولون کی آبیاری
کی جاسکتی ہے اور ان کو دصویا جاسکتا ہے۔

قولون پر آری (colectomy) قولون کے ایک حصہ کا یا مارے قولون کا
استیصال کرنے پر مشتمل ہے۔ اعور اور بقیہ معائے کبیر کے کافی طویل ٹکڑے دور کئے جاسکتے
ہیں۔ جزوی استیصال سے سرطان قولون کا علاج کرنے میں معتد بہ کامیابی ہوتی ہے۔

معوی تفہم (intestinal anastomosis) یا قصر دور (short-circuiting) کا
عملیہ قولون پر اکثر کیا جاتا ہے۔ چنانچہ قولون نزولی کے تسدر میں جس کا ازالہ ناممکن ہو مستعرض
قولون کو لگانا (sigmoid) عوصہ سے متحد کیا جاسکتا ہے۔

قولون کی حلقی تشوہات۔ جن میں معائے صغیر ایک وقت شکم کی دائیں جانب کو

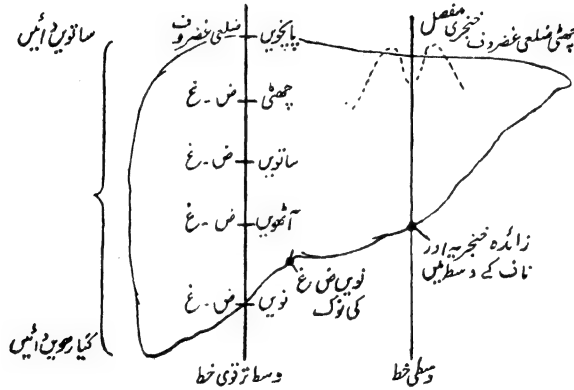
گھیرے ہوتی ہے، اور معائے کبیر ایک سیدھی نیلی کی قسم کی شکل ہوتی ہے جو بائیں جانب پر ناف کے خط سے لیکر حوض تک عموداً جاتی ہے۔ عموماً اول اول ناف میں واقع ہوتی ہے، اور پھر یہ شکم میں بائیں مراق کی طرف اوپر کی جانب کو چڑھ جاتی ہے۔ بعد ازاں یہ دائیں مراق کی طرف کو مستعرض رخ میں چلی جاتی ہے، اور پھر تناظر حقنی حفرہ میں اتر جاتی ہے، اور یہ اپنے عمر کے کسی حصہ میں بھی مستقلاً مجھوس رہ سکتی ہے۔ چنانچہ عموماً بعض اوقات ناف کے ارد گرد یا کسی خلقی سری فتق میں یا بائیں مراقی خط میں پائی جاتی ہے (کیونکہ قولون کے صعودی اور مستعرض حصے موجود نہیں ہوتے)۔ نیز یہ دائیں مراق میں بھی پائی جاسکتی ہے اور اس حالت میں صرف قولون صعودی ہی غائب ہوتی ہے۔

تمام معائے کبیر کی ایک نہ ایک وقت یا ساریقتاً بھی ہوتی ہے، اور بعض شاذ شاذ حالتوں میں یہ عمر بھر برقرار بھی رہتی ہے۔ اسکے موجود رہنے کی حالت میں قلمتہ معاء (valvulus) کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔

باب نوزدہم

دوسرے کئی احتشاء

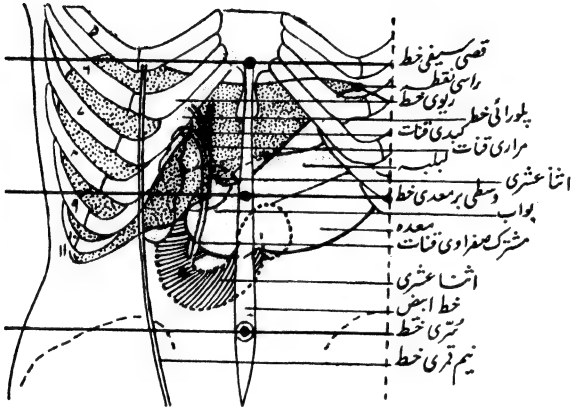
جگر (liver) چکر کی شکل ڈایا فرام کی محراب کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے، اور یہ معدہ کے کچھ حصہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو اسکی صرف دو سطحیں ہی ہیں۔ ایک



شکل ۱۰۴ جگر کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔

احتشانی سطح جو کھڑے ہونے کی حالت میں معدہ اور آٹنا عشری اور معدی کبدی ثرب اور

بلیب کی گردن اور قولون کے کبدی عصب اور دائیں گردہ اور دائیں بزرگ رگی جسم پر متکثر ہوتی ہے۔ ایک جدار سی سطح جو ڈایا فرام اور پیٹ کی مقدم دیوار سے تحت ضلعی زاویہ میں مس کرتی ہے۔ اگر اسے سامنے کی طرف سے دیکھا جائے تو اسکا خاکہ مثلث دکھائی دیتا ہے اور اس کا راس قلب کے راس کے قریب نظر آتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ اس خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاتا ہے جو قلب کی راسی ضرب سے شروع ہو کر (شکل ۱۰۷) خط وسطی کو قفسی سیفی (sterno-ensiform) نقطے سے پہنچے کا ٹٹا ہوا گذرے۔ یہ کنارہ حلی خط پر پہنچ کر قفسی سیفی متوی کے



شکل ۱۰۷ جگر اور مرارہ اور صفراوی قناتوں اور بلیب کے محل وقوع کو ظاہر

کرتی ہے۔ پلورا اور پیچ پیٹ کے زیرین حدود ظاہر کئے گئے ہیں۔

لیول تک اوپر اٹھ جاتا ہے۔ زیرین کنارہ راسی ضرب سے شروع ہوتا ہے اور خط وسطی کو وسطی برآمدی نقطے سے تقریباً ایک انچ اوپر کاٹا ہوا عضلہ مستقیم کے بیرونی کنارہ پر ضلعی حاشیہ تک پہنچ جاتا ہے اور اس کے زیرین کنارہ کا بقیہ حصہ گیارہویں سہلی کی نوک تک ضلعی حاشیہ کا تناسل ہوتا ہے۔ جگر اس سہلی کے زیرین حاشیہ کے ساتھ ساتھ دائیں گردہ سے مس کرتا ہے۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ جگر دائیں مراق میں تین منطوقوں سے بنا ہوا ہے۔ ایک بالائی یا ریوی، ایک درمیانی یا پلورائی، ایک زیرین یا ڈایا فرائی (شکل ۱۰۷)۔ زیرین خط میں جو وسطی بغلی خط میں $\frac{1}{4}$ تا $\frac{2}{4}$ انچ چوڑا ہوتا ہے جگر میں شکاف دیا جاسکتا ہے یا اس کا استقصا کیا جاسکتا ہے۔ وسطی منطقہ میں جس کا عرض آٹھ انچ ہی ہوتا ہے پلورائی انعکاس پایا جاتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں نیچے کی کور دائیں جانب ضلعی غضروفوں کے حاشیوں سے $\frac{1}{4}$ یا $\frac{1}{2}$ انچ نیچے ہوتی ہے۔ لیٹنے کی حالت میں جگر تقریباً ایک انچ اوپر چڑھ جاتا ہے اور سوائے تحت ضلعی زاویہ کے پسلیوں سے ہتھامہ پوشیدہ ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ زفر میں بھی اوپر چڑھ جاتا ہے اور شہنقی میں نیچے چلا جاتا ہے۔

مرارہ (gall-bladder) کا قعر نوں ضلعی غضروف کے نیچے دائیں عضلہ مستقیمہ کے بیرونی کنارہ کے قریب سطح کے نزدیک پہنچتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ اس کا محل نہایت اختلاف پذیر ہے اور یہ اکثر مذکورہ بالا محل سے کافی نیچے اور باہر کی جانب واقع ہوتا ہے۔

جگر کی شکل اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف شکمی اعضا سے برقرار رہتی ہے اور یہ انہی کے مطابق ڈھلا ہوتا ہے۔ جب اسے جسم سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے تو اس کی سابقہ میری شکل غائب ہو جاتی ہے۔ اس کی شکل میں بہت سے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین ایک زبان نما زائئدہ (linguiform process) ہے (اسے اکثر ریڈل کے لختہ Riedel's lobe کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے) جو دسویں ضلعی غضروف کے نیچے دائیں لختہ کے حاشیہ سے باہر کو نکلا ہوتا ہے۔ یہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے اور غلطی سے سائب گردہ (floating kidney) یا ٹھکی سلحہ تصور کر لیا جاتا ہے۔

جو حالت استرخائے جگر (ptosis of the liver) کے نام سے مشہور

ہے اس میں اس کی بالائی سطح ڈایا فرام کے گنبد میں آگے کی طرف کو مچھل جاتی ہے اور اس کا زیرین کنارہ بعض اوقات ناف کے لیول تک نیچے اتر آتا ہے یا حرقفی حفرہ تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۴۹ صفحہ ۴۲۵)۔ مزید برآں اس نزول کے ساتھ ہی اس کے مستعرض محور میں گردش بھی واقع ہو جاتی ہے، جس سے اس کی ڈایا فرامی سطح تقریباً مکمل طور پر سامنے کی طرف آ جاتی ہے۔

ایسی حالت میں ان اسباب پر غور کرنا ضروری ہے جو جگر کو اپنے محل پر قائم رکھتے ہیں اور یہ مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) جگر کی وہ تثبیت جو ویداجوف نختانی (inferior vena cava) اور اس یعنی باقت کے ذریعہ سے ڈایا فرام کے ساتھ ہوتی ہے جو اس وید کے قہ وجوہ میں دائیں لختہ کی غیر باریطونی موخر (ظہری) سطح پر ہوتی ہے۔ اس چسپیدی کو ماسا ہیپٹیکا جگر (mesohepar) کے نام سے تمیز کرنا مناسب ہے۔ (۲) وہ باریطونی خطن بھی جو دائیں اور بائیں جانبی (مثبتی) اور اکلیمی (coronary) اور ہنیاف شکل (falci form) بالاطات پر مشتمل ہوتے ہیں اسکو ڈایا فرام سے چسپیدہ کرتے ہیں۔ یشکن ڈیبلے ہوتے ہیں تاکہ جگر کی وہ حرکتیں جو دوران نفس اور معدہ کے پُر اور خالی ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتی ہیں آزادانہ واقع ہو سکیں۔ (۳) عضلی شکی دیواریں جو دوسرے شکی استاء کو جگر کی زیریں سطح کے بالمقابل مسلسل دبائے رکھتی ہیں؛ جگر کو اپنے محل پر برقرار رکھنے کا ایک خاص ذریعہ ہیں۔ ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی بہت سی عورتوں میں جگر کا زیریں لختہ گیارہویں پسلی کے نیچے سے پورا دو انچ نکلا ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بچوں میں ہوتا ہے بائیں لختہ کا سراطال کے بالائی حصہ سے مس کرتا ہے یا اس پر مٹر اکب بھی ہوتا ہے۔ ہر ایک شکی حشا کی نسبت جگر کو فتگیوں سے زیادہ کثرت سے منشق ہوتا ہے۔ اور اس امر کی توجہ اسکی جسامت کے بڑے ہونے اور اس کے محل کے مقابلہ مثبت اور اس کی ساخت کے چھوٹک ہونے اور اس کے عروق میں خون کی بہت سی مقدار موجود ہونے سے ہوتی ہے۔ اگر طبعی جگر کی ویدوں میں طبعی دباؤ پر اثر اب کیا جائے تو اس میں اس کے ہم وزن خون کی گنجائش ہو جائے گی (سیلیمین : Salaman)۔ اس قسم کی ضربوں میں موت بالعموم زرف سے واقع ہوتی ہے؛ کیونکہ بانی اور کبدی ویدوں کی دیواریں جو جرم جگر میں ضم ہوتی ہیں باز کشیدہ یا ہبوط یافتہ نہیں ہو سکتیں۔ مزید برآں کبدی ویدیں ویداجوف میں بلا واسطہ کھلتی ہیں۔ اور چونکہ ان میں مصاریع نہیں ہوتے اس لئے اگر خون کی رو میں کسی قسم کی مراجعت نمودار ہو تو ان میں سے خون کی بہت زیادہ مقدار نکل جاتی ہے۔ کبدی عروق کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور سوائے مدفون دوختوں کے ان کو باندھنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ باریطونی طبقہ کو ضرر پہنچنے کے بغیر جگر کا منشق ہونا ممکن ہے اور ایسے تقریرات سے بعض اوقات شفا جلد حاصل ہو جاتی ہے۔ جگر کے پیچھے کی طرف ایک کافی وسیع غیر باریطونی سطح

ہوتی ہے جس پر اشتقاق یا زخم کہفہ شکم میں وعاء بدری ہوئے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ جگر کا جو تعلق دائیں طرف کی نیچے کی پسلیوں کے ساتھ ہوتا ہے اس سے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کو پسلیوں کے کسٹریں نقصان پہنچ سکتا ہے، اور بعض حالتوں میں ہڈیوں کے شکستہ سرے ڈایا فرام میں سے گر کر جرم جگر میں گھس گئے ہیں۔ نیز دائیں طرف کی چھٹی اور ساتویں بین فضاؤں پر کی ہولیس جو جگر کے خط پر واقع ہوں پھینچ پڑے اور جگر کو زخمی کر دیتی ہیں، اور ڈایا فرام پر اثر انداز ہوتی ہیں، اور پلورائی اور ریلوئی دونوں کہفوں کو کھول دیتی ہیں۔

جگر کے تعلقات پر ایک نظر ڈالنے سے یہ پتا سنی سمجھ میں آجائے گا کہ کبدی خراج پلورہ اور بعض اوقات پھیپھڑے میں بھی گھس سکتا ہے، جس سے خشک آلوچہ کی رنگت کا سابق جو متکسر جگر پر مشتمل ہوتا ہے بذریعہ نفث خارج ہوتا ہے۔ مزید براں کبدی خراج رود میں باسطح جسم پر بھی پھٹ جاتا ہے۔ ایسے خراج شاذ شاذ مثالوں میں معدہ میں بھی گھل چکے ہیں۔ جگر میں نفثج الدم کا ثانوی خراج بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور برائینٹ (Bryant) کے اعداد و شمار کے مطابق اس حشا میں کسی دوسرے حصہ جسم کے تضررات کی نسبت سر کے تضررات کے بعد خراجات زیادہ کثرت سے واقع ہوتے ہیں۔ بولی اعضا کے عوارض کے بعد جو نفثج الدم پیدا ہوتا ہے اس میں یہ شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ اور احتراقات کے بعد

نفثج الدم میں بھی یہ اتنے ہی نادر الوقوع ہیں۔ سلعات و خراجات کے ثانوی مطروحات اکثر اس خط کے دائیں یا بائیں جانب تک ہی محدود رہتے ہیں جو مرارہ کے قعر سے لیکر ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) تک پھینچا جائے اس عجیب و غریب تحدید کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ اس خط کی دائیں جانب پر جگر کو بانی ورید کی صرف دائیں انتہائی قسمت ہی سے رسد ملتی ہے، اور اس کی بائیں جانب کا حصہ صرف بائیں قسمت ہی سے خون وصول کرتا ہو (کنٹلی) (Cantlie)۔

مرارہ (gall-bladder) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا۔ مثلاً یہ بعض حیوانات میں نہیں پایا جاتا، یا مرض سے یہ ایک ندبہ کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے، اگر اس کا قعر عام طور پر جگر کے مقدم کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے، اور نویں ضلعی غضروف اور عضلہ مستقیم بطنیہ

(rectus abdominis) کے بیرونی کنارہ کے درمیان یہ دیوار شکم کے قریب پایا جاتا ہے۔ یہ عضلہ سے اکثر علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور صفراوی فصل میں بظاہر کوئی خلل واقع نہیں ہوتا۔ اس کی غنائے مخاطی کا منظر عجیب طور پر شبک اور شہد کی مکھیوں کے چھتے کی طرح کا ہوتا ہے، اور یہ غننا اسطوائی سرصلہ سے بنی ہوتی ہے جس سے مخاط کا افراز ہوتا ہے اور اس میں جذب کرنے کی طاقت بھی ہوتی ہے، اسی لئے صفرا مرارہ میں مرکوز ہو جاتا ہے۔ جب یہ ملہب ہو جاتی ہے تو خلیات سے ایک متغیر افراز بکثرت خارج ہوتا ہے جس میں اگر خارجی ہفاؤں بند ہو جائے تو کو لیٹرول (cholesterol) مطروح ہو جاتا ہے۔

کو لیٹرول (cholesterol) کے ہراری حصات کے بننے میں مندرجہ ذیل اسباب ملکر کام کرتے ہیں۔ (۱) مفروط کو لیٹرول دمویت (cholesterolæmia) (جس کا محل یا تپ محوطہ کے بعد)۔ (۲) التهاب کی وجہ سے رجعت پذیر کو لائیڈ مخاط کی تبدیلی حجت نائڈ ایلیدیومی کو لائیڈ میں۔ (۳) رکود صفرا۔ (۴) کسی نوات کی موجودگی مثلاً نازلی خلیات یا جراثیمی نوآبادیاں۔ علاوہ ان اگر بہت سا التهاب موجود ہو تو صفراوی الوان کیلیم (calcium) کے اضافہ کی وجہ سے حل ناپذیر بن جاتے ہیں، اور لونی حصیات طیار ہو جاتے ہیں۔ بہت سے حصیات مخلوط ہوتے ہیں، اور ان میں کو لیٹرول اور لون کی تبادلی نہیں پائی جاتی ہیں۔ خالص کو لیٹرول کے حصات کا رجحان زرد اور مجرد ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور یہ بعض اوقات مرغی کے انڈے کے برابر ہو جاتا ہے۔ لونی حصیات اکثر چھوٹے چھوٹے اور کثیر التعداد اور رنجدار ہوتے ہیں۔

مرارہ جس کی شکل ناستہ پاتی نما ہوتی ہے دفعۃً ایک تنگ گردن میں مکمل جاتا ہے جو آگے بڑھ کر ایک زاویہ حادہ پر دویری قنات میں تبدیل ہو جاتی ہے جو اس سے بھی زیادہ تنگ ہوتی ہے۔

دویری قنات (cystic duct) تقریباً ۱ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اس میں ایک مرغولی بل ہوتا ہے جس کے اندرونی پیچوں سے ہیستسٹر (Heister) کا شلف نما مرغولی مصراع بنتا ہے۔ اگر غیر متسع قنات میں سلائی داخل کی جائے تو یہ مصراع اور اس زاویہ کی مادیت جو اس قنات کی ابتدا پر ہوتا ہے سلائی کے گزرنے میں ایک بڑی حد تک

مانع آتے ہیں۔

کھٹے ہونے کی حالت میں مرارہ کے طویل محور کا رخ اوپر اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور دویری قنات (cystic duct) کا نیچے کی اور اگلی طرف کو (شکل ۱۰۷) دویری قنات معدی کبدی ثرب کے کبدی اثنا عشری حصہ میں واقع ہوتی ہے جہاں اس کے کبدی قنات کے ساتھ ملنے سے مشترک صفراوی قنات بنتی ہے۔

471 دویری شریان (cystic artery) اس کے ساتھ ہوتی ہے اور یہ اس کے اور جگر کے درمیان سے گذر کر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک مرارہ کی بائیلون جانب پر اور دوسری اس کی کبدی جانب پر چلی جاتی ہے۔ (دویری وریڈیں (cystic veins) براہ راست جگر میں جاتی ہیں اور بائی شعری نظام (portal capillary system) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ جگر کے جس حصہ میں دویری وریڈیں داخل ہوتی ہیں وہ التهاب مرارہ (cholecystitis) میں بعض اوقات منقبض یا مذبذبول ہوتا ہے۔

مشترک صفراوی قنات (common bile duct) تین انچ لمبی

ہوتی ہے، اور اس کا دروزہ $\frac{1}{2}$ انچ چوڑا ہوتا ہے، لیکن مراری حصیات کے گذرنے سے اس کا طبعی قطر بعض اوقات تین یا چار گنا ہو جاتا ہے۔ یہ چار حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے۔ (۱) فوق اثنا عشری حصہ ثربی سوراخ (epiploic foramen) (ونسلو: Winslow کے سوراخ) کے سامنے کی طرف معدی کبدی ثرب میں واقع ہوتا ہے۔ (اور بائی وریڈ (portal vein) اس کے پیچھے اور کبدی شریان (hepatic artery) اس کی عین بائیں جانب کو ہوتی ہے۔ (۲) پس اثنا عشری حصہ اثنا عشری کے پہلے حصہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور کبدی شریان کی فوقانی لمبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) شاخ اس کو عبور کرتی ہے۔ (۳) تیسرا حصہ ایک میزاب میں چلا جاتا ہے جو لبلبہ کے سر اور اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے درمیان ہوتا ہے۔ بڑی لمبی قنات (ورسنگ کی Wirsung's) اسی سے ملتی ہے۔ (۴) انتہائی $\frac{1}{2}$ انچ اثنا عشری کی دیوار میں مدفون ہوتا ہے، جس میں سے یہ ایک ترچھے رخ میں گذر کر بواب سے تقریباً ۴ انچ کے فاصلہ پر

ایک جلیبہ پر ختم ہو جاتا ہے، جو واٹر کے انتفاخ (ampulla of Vater) میں ہوتا ہے۔
قنات کے اختتام پر جہاں یہ تنگ ترین ہوتی ہے اس کے ارد گرد ایک عاصہ (فوق انتفاخی
عاصہ: supra-ampullary sphincter) ہوتا ہے جو صفر کے بہاؤ کو منظم کرتا ہے۔
قنات کے نئے برین نصف حصہ کا درونہ اوپر کے نصف حصہ کے درونہ سے کم ہوتا ہے۔ المفی غدود
معدی کبدی ثرب میں صفرادی قنات (bile-duct) کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ اور
مکمل ہونے کی حالت میں یہ غلطی سے مراری حصیات تصور کئے جاسکتے ہیں۔

قنات کے فوق اثنا عشری حصہ میں پھنسا ہوا مراری حصیات قنات کو معدی کبدی
ثرب میں کبدی ورید کو احتیاط سے بچا کر کھولنے سے براہ راست نکالا جاسکتا ہے۔ دوسرے
اور تیسرے حصوں تک رسائی باریطون کو اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے باہر کی طرف کاٹنے
اور اثنا عشری اور بلبلہ کو باہر کی طرف آگے کی طرف دائیں گردہ کے اندرونی کنارہ سے دو
دھکیلنے سے کی جاسکتی ہے۔ انتہائی حصہ تک اثنا عشری کے دوسرے حصہ کی مقدم دیوار کو
اس کے وسط کے قریب کھولنے سے پہنچا جاسکتا ہے۔

472

مرارہ کی عصبی رسد جبل کے آٹھویں اور نویں قطعوں سے عظیم احشائی

(great splanchnic) اور شکمی (coeliac) ضغیروں کی ذریعہ سے آتی ہے (اہیڈ
Head: مراری حصیات سے پیدا شدہ شدید قولنج جس کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ صفرادی
قناتوں کے غیر مخطط عضلی طبقہ کے تشنج سے عارض ہوتا ہے، نویں ظہری عصب کے ساتھ ساتھ
شکم کی مقدم دیوار کی طرف منعکس ہوتا ہے۔ مشار کی اعصاب کا ہيجان دویری قنات کے
عضلہ کو منقبض کر دیتا ہے لیکن مرارہ کے عضلہ کو مرتجی کر دیتا ہے (ٹی۔ آر۔ الیٹ: T. R. Elliot)۔
صفرادی نظام کے عضلی نظام کے انقباضات اور معدہ کے حرکات میں باہمی تعلق موجود ہوتا
ہے۔ اور اس لئے کھانا کھانے کے جلد بعد ان انقباضات کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے
(لن تھامس: Lynn Thomas)۔ بہر حال ایورٹس گراہم (Evarts Graham) نے
یہ ظاہر کر دیا ہے کہ حیوانات میں مرارہ کی بجائے بڑا کا ایک بصلہ رکھا جاسکتا ہے، اور صفرانہی
دھاروں میں بہتا ہے جو ظاہر اثنا عشری کی اس حرکت دودہ سے منضبط رہتی ہیں جو فوق

انتفاخی حاصر ہو کر مل کر قتی ہے۔

مرارہ اور صفراوی قنات انشقاقی جگر کے بغیر اکیلے منشق ہو چکے ہیں۔ ان کا تفرار صفرا کے کہنہ باربطیوں میں داخل ہو جانے کی وجہ سے جلد ہلک ثابت ہوتا ہے۔ بڑے بڑے مراری حصیات بعض اوقات کسی ناسوری راستہ سے جو مرارہ اور اثنا عشری یا قولون کے درمیان بنگیا ہو بلا واسطہ امعاء میں چلے جاتے ہیں۔ مراری حصیات نفیج کے ذریعہ سے شکم کی مقدم دیوار میں سے باہر نکل چکے ہیں اور یہ جدور کے اندر کے خراجات سے بھی باہر نکلے جا چکے ہیں۔ جن واقعات میں دویری قنات (cystic duct) مراری حصیات یا دیگر اسباب سے مسدود ہو جاتی ہے ان میں مرارہ بعض اوقات مخاط سے بھی متسع ہو جاتا ہے۔ اور اس سے ایک سلسلہ نہجاً تا ہے (قبیلہ مخاطبہ mucocoele) جو کسی حد تک ناف کے پار چلا جاتا ہے۔ اتنا بڑا سلسلہ بھی بن چکا ہے کہ یہ تودہ غلطی سے بیضی دورہ تصور کر لیا گیا تھا۔ جب مرارہ میں کلانی واقع ہوتی ہے تو اس کا رجحان اس خط کے ساتھ ساتھ بڑھنے کی طرف ہوتا ہے جو دائیں دسویں غضروف کی نوک سے لیکر خط وسطی کو کاٹتا ہوا ناف کے نیچے تک جائے۔

473

مراری تفویہ (cholecystostomy) مرارہ کو قعر پر سے کھولنے اور حصیات

نکالنے اور اس کی مسیلت قائم کرنے کا عملیہ ہے۔

مراری معوی تفویہ (cholecystenterostomy) میں مرارہ سے

لیکر اثنا عشری یا معدہ کے اندر تک (مراری معدی تفویہ: cholecystogastrostomy) دور قصیر بنا دیا جاتا ہے۔ قولون میں یہ نہ بنانا چاہئے کیونکہ مرارہ میں جرثومی تلویث واقع ہو جاگی

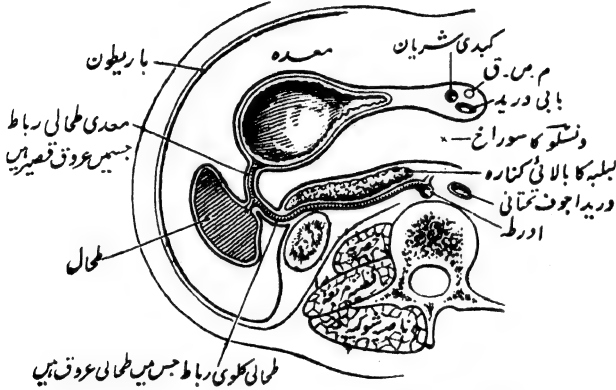
مرارہ برآری (cholecystectomy) میں دویری یا (cystic artery)

کو ضرور ابتدا ہی میں احتیاط سے تلاش کر لینا اور باندھ دینا چاہئے۔ اور دویری قنات کو اس وقت نہ کاٹنا چاہئے جب تک کہ محتاط تقطیع سے جراح کو اس امر کا یقین نہ ہو جائے کہ مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کو ضرر پہنچنے کا کوئی خطرہ نہیں۔ تینوں قناتوں یعنی

دویری (cystic) اور کبدی اور مشترک کو اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہئے، کیونکہ تشہری بے قاعدگیاں نادر الوقوع نہیں۔ مزید برآں دورانِ عملیہ میں جب مددگار جگر کو گردش دیتا ہے تو مشترک صفراوی قنات بعض اوقات باہر کی طرف اتنا گھنچ آتی ہے کہ اس کی دیواریں دویری قنات ہی کا حصہ معلوم ہوتی ہیں۔ اس امر میں احتیاط کرنے سے مشترک قنات اتفاقی طور پر زخمی نہیں ہوتی جس کی مرمت کرنا بعض اوقات بہت مشکل ہوتا ہے۔

طحال۔ طحال بائیں مرقا قی خطہ میں گہری واقع ہوتی ہے۔ اور طبعی حالت میں اس کا

474



شکل ۱۰۸۔ شکم کے بالائی حصہ میں سے تراش۔

(Rüding: روڈنگ)

جس نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ سامنے کے طرف سے یہ معدہ کے قلبی سرے سے بالکل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کے وہ حصے جو دوسویں اور گیارہویں پسلیوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں سطح سے قریب ترین ہوتے ہیں۔ اس سے اوپر یہ پیچھے کی کور سے بتماہ متر اکب ہوتی ہے۔ جدور شکم سے یہ ساری کی ساری ڈایا فرام کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ یہ بہت ترجیحی واقع ہوتی ہے اور اس کا طویل محور دوسویں پسلی کے خط کی تقریباً صحیح صحیح مطابقت کرتا ہے۔ اس کے سب سے اوپر کے اور سب سے نیچے کے مقامات علی الترتیب نویں ٹھری اور پہلے قطنی شوک کے لیول پر

ہوتے ہیں۔ اس کا اندرونی سرا جسم کے وسطیٰ مستوی سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور اس کا بیرونی سرا وسطیٰ بطنی خط کے قریب قریب پہنچتا ہے (کواین: Quain)۔ اس کی تین سطحیں ہوتی ہیں، معدی اور کروی اور ڈایا فرامی، (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

جو جراح طحال برآری (splenectomy) کا ارادہ رکھتا ہو اس کے لئے اس کی باریطونی اور حشائی سطحیں اہمیت رکھتی ہیں۔ مستعرض تراش کے رف خطی خاکہ (شکل ۱۰۸) سے ظاہر ہوتا ہے کہ طحال اپنی رسد خون (۱) طحالی شریان سے جو ٹھکی محور سے نکل کر بلبہ کے بالائی کنارہ کے موخر جانب کے ساتھ ساتھ پیچ کھاتی ہوئی جاتی ہے اور بلبہ میں طحالی کروی باریطونی رباط (lienorenal peritoneal ligament) میں سے ہو کر داخل ہو جاتی ہے اور (جب) عروق قصیر سے جو معدی لٹمائی (gastro-splenic) رباط میں داخل ہوتے ہیں حاصل کرتی ہے۔ لہذا طحال برآری میں ان رباطات کو ابتدا ہی میں واضح کر لینا اور ان کے اندر کے عروق کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں طحال کا بالائی قطب معدہ کے قلبی سرے کے قریب باریطون کے طحالی ڈایا فرامی شکن سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور زیرین قطب ضلعی قولونی باریطونی شکن پر متمکن ہوتا ہے، اور بلبہ کی دم اور قولون سے مل کر رہتا ہے۔

مخلوع یا سائب طحال (floating spleen) شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے، مگر بالغوں میں یہ کبھی موجود ہوتی ہے۔ یہ عضو اپنی باریطونی اور عرقی چسپیدگیوں ہی سے نہیں بلکہ دیوار شکم کے اس سہارے سے بھی جو دوسرے احشاد میں سے ہو کر اس تک منتقل ہوتا ہے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے۔ گاہے گاہے حرکت پذیر طحال اپنی جگہ سے اس حد تک ٹل جاتی ہے کہ بائیں صرغی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے۔

جب طحال مرض میں کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو اس کا کنگرہ دار مقدم کنارہ دسویں ضلعی غضروف کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

تصرّات۔ اگرچہ طبعی طحال کی ساخت نہایت خستہ ہوتی ہے لیکن یہ زیادہ کثرت منشیق نہیں ہوتی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ اس کے تعلقات کا رحمان ارتخاجات اور کونٹگیوں کے اثرات کو اقل بنا دینے کی طرف ہے۔ مگر جب طحال کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو یہ نہایت آسانی سے منشیق ہو جاتی ہے! وراکثر بہت معمولی سی ضرب سے ایسا ہو جاتا ہے۔

چنانچہ عضلات کا زور پڑنے سے کلائی یافتہ طحال کے منشق ہونے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ مثلاً ایک عورت کی طحال گرنے سے بچنے کی کوشش کرتے وقت اور ایک اور عورت کی طحال ضرب سے بچنے کے لئے ایک طرف کو دوکر بچنے کے دوران میں منشق ہو گئی تھی اور ایک سپاہی کی طحال بائیسکل کی کاٹھی پر اچھل کر بیٹھنے کی کوشش کرتے وقت پھٹ گئی تھی۔ چونکہ طحال نہایت ہی کثیر العروق ہوتی ہے اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کے انشاقات زف کی وجہ سے اکثر ہلک ثابت ہوتے ہیں۔ اسی موضوع کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا مناسب ہے گا کہ دوران ہضم میں طحال میں خون کی مقدار اور سب حالتوں سے زیادہ ہوتی ہے۔ نویں دسویں اور گیارہویں پسلیوں کے شدید کسور میں بعض اوقات طحال کو نقصان پہنچ جاتا ہے اور یہ دریدہ ہو جاتی ہے۔

طحال کا کیسہ ایک عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور اس میں ایک متوازن انقباض کی طاقت پائی جاتی ہے۔ اس امر سے اس عضو کے ان محدود زخموں سے جو بدوق کے چھوٹے چھوٹے زخموں کی طرح کے ہوں شغایاب ہونے کے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے۔ ایسے ضررات میں کیسہ منقبض ہو جاتا ہے اور اس حشایں جو سوراخ ہوتا ہے اس کو بہت تنگ کر دیتا ہے۔ اور گولی یا چاقو کا راستہ خون کے تھک سے بھر جاتا ہے اور اس طرح جریان خون بعض اوقات بند ہو جاتا ہے۔

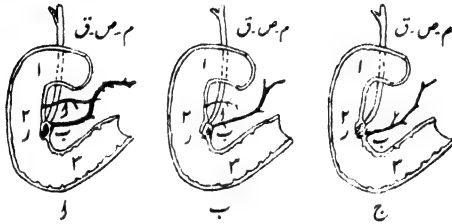
طحال برآری (splenectomy) مندرجہ ذیل حالتوں کے لئے کامیابی سے

سرانجام دی جا سکتی ہے۔ دریدگی اور طحال سائر (wandering spleen) اور بے صفرا بولی ریحان (acholuric jaundice) کے لئے، اور طحالی عدم دمویست (splenic anaemia) کے لئے [حتیٰ کہ بینتی (Banti) کے مرض کے ان مدارج میں بھی جن میں کہبت مگر (hepatic cirrhosis) اور استسقاء واقع ہو گیا ہو]، اور طیریا اور کالا آزار (kala-azar) اور کبر الطحال مصری (Egyptian splenomegaly) کی کلائیوں کے لئے اور نیز مختص المقام تدرن کے نادر الوقوع واقعات کے لئے۔ لیکن شرح اموات کے زیادہ ہونے کی وجہ سے میں دمویست (leukæmia) میں اس کی سرانجام دہی جائز نہیں۔

صفحہ 474 پر کی شکل کو دیکھئے سے یہ ظاہر ہوگا کہ طحالی عروق طحالی کلوئی رباط میں سے گذر کر طحال میں داخل ہوتے ہیں اور ان سے عروق قصیر (vasa breva) نکلتے ہیں جو معدی طحالی ثرب میں سے جو طحالی کلوئی رباط کے سامنے واقع ہوتا ہے گذر کر معدہ کو جاتے ہیں۔ لہذا طحال کو نکالنے میں اس کو علیہ کے ابتدا ہی میں آگے کی اور اندر کی طرف کو گھما دینا چاہئے تاکہ پانچھ تک رسائی ہو جائے اور جب یہ احتیاط سے باندھ دیا جائے تو مزید خوفناک نزف کے وقوع کی امید نہ کرنا چاہئے۔ عروق قصیر (vasa breva) بعد میں باندھے جاسکتے ہیں۔ طحال کا پانچھ لبلیبہ کی دم کے بالائی کنارہ سے تعلق رکھتا ہے اور اسے بندش میں شامل نہ کرنا چاہئے۔

لبلیبہ (pancreas) معدہ کے پیچھے پہلے اور دوسرے قطبی فقرات کے سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ خط وسطیٰ کو یہ وسطیٰ بر معدی (mid-epigastric) خط کے پیچھے عبور کرتا ہے۔ لاغر موضوعات میں اور اس حالت میں جبکہ معدہ اور قولون خالی ہوں یہ بعض اوقات گہرے دباؤ سے استرخائے احشاء میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ معدہ کا سقوط لبلیبہ کو انحنائے صغیر کے اوپر معرا چھوڑ دیتا ہے۔ یہ بہت سی اہم ترین ساختوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شیمی ضغیرہ کے ساتھ یہ اتنا قریبی تعلق رکھتا ہے کہ یہ ساخت اس کے التہائی عوارض میں لازمی طور پر مآؤف ہو جاتی ہے۔ اور اس کے سر اور اس کی گردن پر کے عملیتی طریقہ یا کار میں اس میں لازمی طور پر خلل پیدا ہوتا ہے۔ لبلیبی قنات (pancreatic duct) (ورسنگ Wirsung کی قنات) بالعموم مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کے ساتھ انتہائی (واطری Vaterian) اتقناخ میں ختم ہوتی ہے (شکل ۱۰۹-ا)۔ اس لئے اگر کوئی مراری حصات اس مقام پر اٹک جائے تو بعض اوقات دونوں قناتیں بند ہو جاتی ہیں یا یہ بھی ممکن ہے کہ صفرا لبلیبی قنات میں چلا جائے۔ یہ اتقناخ بعض اوقات جسروی (شکل ۱۰۹-ب) یا مکمل (شکل ۱۰۹-ج) طور پر دو حصص میں منقسم ہوتا ہے (۳۰ فیصد واقعات میں ایسا ہوتا ہے) جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دونوں قناتوں کے دہنہ متاعلمہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں جب صفراوی گذرگاہ کی انتہا بند ہو جاتی ہے تو لبلیبی قنات کھلی رہ جاتی ہے۔ ایک معین قنات (accessory duct) (سینوٹریسی Santorini)

کی قنات ۵۰ فیصدی موضوعات میں کم و بیش نمایاں حالت میں پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ بڑی قنات سے تعلق رکھتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹-ا میں ظاہر کیا گیا ہے اور بعض اوقات یہ صرف ایک چھوٹی سی قنات تک ہوتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹-ب میں دکھایا گیا ہے۔ معین قنات (Vater) کے اتفاح سے تقریباً ۳/۴ انچ اوپر بواب کے نسبتاً قریب نکلتی ہے۔ اتفاح کے اوپر بالعموم ایک حلیہ ہوتا ہے جو اثنا عشری میں ابھرا ہوتا ہے۔ لیکن یہ حلیہ دار حالت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی۔ ان قناتوں کے ذریعہ سے عفونی مالتیں بعض اوقات اثنا عشری سے لبلبہ یا



شکل ۱۰۹ لبلی اور صفراوی قناتوں کے ختم ہونے کے طریقوں کے اختلافات کو ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات (م-ص-ق) اور اصلی لبلی قنات (ب) اتفاح (د) میں ختم ہوتی ہیں۔ ا۔ معین قنات ۱-۲-۳۔ اثنا عشری کے پہلے دوسرے اور تیسرے درجے۔
 ب۔ وہ صورت جس میں اتفاح جزوی طور پر منقسم ہو تب معین قنات چھوٹی کر کے دکھائی گئی ہے۔
 ج۔ وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات اور لبلی قنات کے اثنا عشری میں کھلنے کے علاوہ علاحدہ قنات ہوتے ہیں۔ معین قنات موجود نہیں۔

مرارہ میں چلی جاتی ہیں مشترک صفراوی قنات کا دوسرا درجہ لبلبہ کے سراور اثنا عشری کے دریا واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس غدہ کے اس حصہ کے سرطان میں یہ قنات بالکل

مسدود ہو جاتی ہے اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے، با اثناعشری یا قولون بھی دباؤ سے کم و بیش مسدود ہو جاتی ہیں، یا قریب و چوار کے عروق بند ہو جاتے ہیں۔ بواب کا سرطان بعض اوقات بلا واسطہ توسیع سے بلبہ کے سر تک بڑھ آتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں حصوں کے عروق لف بھی آزادانہ ربط و راہ رکھتے ہیں۔

بلبہ باریطون کے تاجہ صغیر (درجک ثربی: bursa omentalis) کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس کی مقدم سطح اس تاجہ کی موخر دیوار سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یہ اورط کے سامنے اس کی دونوں شاخوں شکمی محور (coeliac axis) اور فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) کے درمیانی زاویہ میں واقع ہوتا ہے۔ جن میں سے قبل الذکر شاخ اوپر ہوتی ہے اور موخر الذکر نیچے۔ بانی ورید اس غدہ کی گردن کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے۔

جراحی نقطہ نگاہ سے بلبہ کا جسم معدہ کی موخر دیوار کے یا اسکے انحنائے صغیر کے قوسہ (زیرین نما قوسہ) سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس کی دُم طحال تک پہنچی ہوتی ہے اور طحال کے ساتھ کی بندش میں بعض اوقات بندہ جاتی ہے۔ بلبی دویروں کا رجحان بائیں جانب پر طحالی صوجہ کے زاویہ میں نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معدی قولونی ثرب کو عموداً کاٹنے سے ان تک رسائی کی جا سکتی ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں جن کے ساتھ استرخائے معدہ (gastroptosis) بھی موجود ہوتا ہے معدی کبدی ثرب کے وسطی مدیم العروق حصہ میں سے زیادہ آسانی کے ساتھ سوراخ کیا جا سکتا ہے۔

لینگر ہینس (Langerhans) کے جزیرک۔ جب بلبہ کی خرد بینی

تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس غدہ کے طبعی عنیبات کے درمیان غلیات کے کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے گروہ دکھائی دیتے ہیں۔ لینگر ہینس کے یہ جزیرک غدہ کے وہ عنیبات ہیں جن کی شکل و صورت میں اندرونی افزائیدہ کرنے کے لئے ترمیم ہو گئی ہے (سویل ونسینٹ: Swale Vincent) ان کی تعداد ۳۰۰ سے لیکر ۴۰۰ تک ہوتی ہے (ایم۔ آے لین: M. A. Lane)۔ ان جزیرکوں کی تباہی سے مرض ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے۔

گرددہ - اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں (دیکھو شکل ۱۰۸ و ۱۱۰) :-
سامنے کی طرف

بایاں
معدہ کا قعر -

قولون نزولی -

بلبلہ -

طحال -

دایاں
جگر کی مثالی سطح -

آٹنا عشری کا دوسرا حصہ -

قولون مستعرض کی ابتدا -

قولون صعودی -

باہر کی طرف
طحال -



باہر کی طرف
جگر -

پیچھے کی طرف

ڈایا فرام کی محراب کا زیرین حصہ -

عضلہ قطنیہ مربعہ - عضلہ خصریہ - عضلہ مستعرضہ -

آخری پسلی اور اوپر کے دونوں قطنی فقرات کے مستعرض زائے -

گرددہ گہرے واقع ہوتے ہیں اور طبعی حالت میں یہ محسوس یا شناخت نہیں کئے جاسکتے۔
عضلہ نامصبہ شوکیہ (erector spinae) کی بیرونی کور پر آخری پسلی کے عین نیچے دباؤ ڈالنے سے
ان تک نہایت آسانی سے رسائی کی جاسکتی ہے (شکل ۱۰۷)۔ گرددہ کی اصمیت (dullness)
دائیں جانب پر جگر کی اصمیت سے اور بائیں جانب پر طحال کی اصمیت سے مل جاتی ہے۔ دایاں گرددہ
بائیں کی نسبت اوسطاً ۱/۲ انچ (ایڈیسن: Addison) نیچے واقع ہوتا ہے۔ گردائیں گرددہ کا
زیرین قطب بھی حرقنی عرف سے ایک انچ اوپر ہوتا ہے۔ اور علی مقاصد کے لئے یہ کہا جاسکتا ہے
کہ یہ سری خطہ کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ عورتوں میں
زیرین قطب بعض اوقات حرقنی عرف کے لیول تک پہنچ جاتا ہے۔
سطح جسم پر گرددہ کا خاکہ بنانے کا سادہ ترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں قطبوں کے محل پر

نشان لگائے جائیں اور ان کے درمیان گروہ کا خاکہ جو بخوبی معروف ہے بنا دیا جائے۔ اوپر کا قلب خط وسطی سے $\frac{1}{4}$ انچ کے اور نافچہ $\frac{2}{4}$ انچ کے اور زیرین قلب تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ نیچے کی پیمائشیں ۳ اور $\frac{3}{4}$ انچ کے درمیان ہوتی ہیں۔ اور اس اختلاف کا انحصار گروہ کے ترچھے پن اور شکم کی لمبائی اور تنگی پر ہوتا ہے۔ نافچہ پہلے قطنی شوکہ کے بالمقابل عام طور پر پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے اور عبر البواب (transpyloric) منٹوی اسکو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ بالائی قلب بارہویں نلہ فقرہ کے جسم کے اور زیرین تیسرے قطنی فقرہ کے جسم کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ گروہ کا طول $\frac{1}{2}$ انچ ہوتا ہے۔ ڈایا فرام اور عضل خصریہ (psoas) عضل قطنیہ (quadratus lumborum) اور عضل مستعرضہ (transversalis) اس عضو سے موخر علاقہ رکھتے ہیں۔

میں کہ شعاع نگار کش میں دکھائی دیتا ہے بالائی قلب اکثر گیارہویں پسی کے سایہ زیرین کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے۔ اگر بارہویں پسی کے سایہ کو برٹھایا جائے تو وہ اس عضو کو اسی کے بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کاٹینگا۔ اشراب کردہ سائب کی شعاع نگار کشوں میں اس کے حوض کا سایہ پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زائدوں کے اور نیز آخری پسی کے سایہ کو کاٹتا ہوا دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۱۲)۔

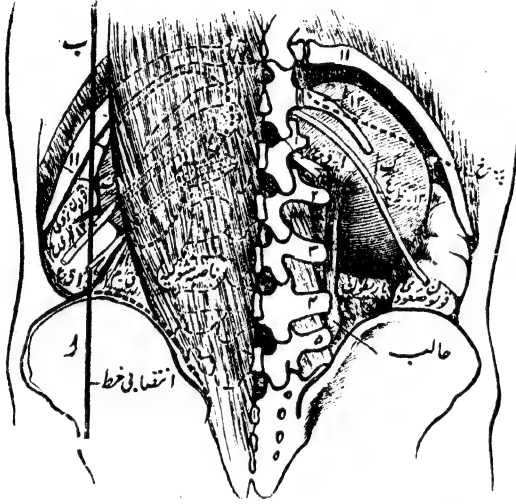
480

مقدم سطح کا خنور اساحصہ ہی باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اور اس کے وہ حصے جو قولون اور اثنا عشری یا بلبہ کی پشت پر کی غلوی بافت سے علاقہ نہیں رکھتے اس غشا سے صرف مس ہی کرتے ہیں (شکل ۱۰۸)۔ خارجی کنارہ باریطون سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اور موخر سطح اس غشا سے بالکل مبرا ہوتی ہے (شکل ۱۰۸ و ۱۱۰)۔ گروہ کی موخر سطح کو آخری نلہری عصب اور پہلی قطنی شریان کی شاخیں موخر قطنی زیر معدی (ilio-hypogastric) اور حرقنی اربی (ilio-inguinal) اعصاب کے اوپر سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہیں (شکل ۱۱۰)۔

گروہ کے اشتقاق سے کسی دوسرے ایسے شکی حشا کے اسی قسم کے ضرر کی نسبت جو زیادہ کثرت سے مجروح ہوتا ہو اکثر شفا حاصل ہو جاتی ہے۔ اس امر کا انحصار اس کی وسیع غیر باریطونی سطح پر ہے جس کی وجہ سے خون اور پشایب کی دوا بدری جو کسی حادثہ کے بعد

واقع ہوتی ہے اکثر تمام بروں باریطونی ہوتی ہے۔ یہ غدہ بعض اوقات پیچھے سے یا سلب پر باریطون کے زخمی ہونے کے بغیر آسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ جب عمود شوکی آگے کی طرف کو

481



شکل ۱۱۰۔ شکل قطنی خط میں گردہ اور قولون کے تعلقات کو پچھلی طرف سے ظاہر کرتی ہے۔
(مرکل: Merkel سے لی گئی ہے۔)

پ - خ۔ پلورا کا زیرین خط - ۱۱۔ گیر صویں پٹی - ۱۲۔ بار صویں پٹی - ۱۲۔ خط - ع۔ بار صوان نہری عصب۔
لو۔ ق۔ ع۔ حرقنی اربی اور حرقنی زیر معدی اعصاب۔ و۔ ب۔ انتقائی خط جو قولون نزولی (ق۔ ن) کے
محل کو ظاہر کرتا ہے۔ ق۔ م۔ عضلہ قطنیہ ربع۔ ن۔ ش۔ عضلہ نامہ شوکیہ۔ باریطون دائیں جانب
پر گردہ کے سامنے کی طرف سے لیکر قولون تک معکوس دکھایا گیا ہے۔

لگے گردے اس وضع میں دکھائے گئے ہیں جو یہ اسوقت اختیار کرتے ہیں جبکہ جسم اوڑھ منہ پڑا ہو۔ چت حالت
میں یہ اندر کی اور پیچھے کی طرف گر جاتے ہیں اور وہ وضع اختیار کرتے ہیں جو تن میں ظاہر کی گئی ہے۔ اس جسم میں
جس کی تصویر اوپر بنائی گئی ہے، بار صویں پٹی معمولی پٹی سے چھوٹی ہے۔

بہت جھکا ہوا ہو تو گردہ خم کے زاویہ میں وہاں واقع ہوتا ہے جہاں عمود شوکی کی خمیدگی حادثہ ہوتی ہے۔ لہذا عمود شوکی کی انتہائی خمیدگی میں یہ عظم حرقی اور نیچے کی پسلیوں کے درمیان جھجھکتا ہے۔ چنانچہ کمر کی ایسی چوٹوں کے بعد جن میں عمود شوکی آگے کی طرف کو انتہائی درجہ تک جھک گیا ہو (جیسا کہ اس حالت میں ہوتا ہے جب کہ جھکے ہوئے کندھوں پر کوئی بھاری بوجھ گرجائے) بول الدم (hæmaturia) قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

گردہ ڈھیلی ڈھالی شمی بابت کی بہت سی مقدار میں مدفون ہوتا ہے، جس سے گردکلوئی کیسہ بنتا ہے۔ اور تفریق اس بابت میں پہنچ جائے وہ گردکلوئی خراج کہلاتا ہے۔ اس قسم کا خراج خود گردہ کے مرض سے یا اس کے ہم پہلو حصوں (عمود شوکی، قولون وغیرہ) کے عوارض سے یا چوٹوں سے یا ”ذاتی“ سرائت سے جو فاصلہ پر واقع ہوئی ہو مثلاً جسد کی نبتہ غبئی (staphylococcal) سرائتوں سے پیدا ہوتا ہے۔ پیپ پہلے پہل عضلہ قطنیہ ربعہ کے سامنے ہوتی ہے اور پھر اپنا راستہ اس عضلہ میں سے یا قطنی ردائی میں سے بنا لیتی ہے اسکے بعد یہ عضلہ موربہ خارجیہ اور عضلہ عریفہ ظہریہ کے ہم پہلو کناروں میں سے گذر کر عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spine) کی بیرونی کور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ مگر بعض اوقات یہ خراج حرقی حفرہ میں پھیل جاتا ہے یا اس ڈھیلی ڈھالی اتصالی بابت کے ساتھ ساتھ جو قولون نزولی اور معانیہ قسم کے پیچھے ہوتی ہے حوض تک چلا جاتا ہے۔ یا قولون یا مثانہ یا پھیپھڑے تک پھیل جاتا ہے۔ نہایت نادر حالات میں یہ باریطون کو بھی منتقل کرتا ہے۔ کلوئی خراج بالعموم غدہ کی غیر باریطونی سطح پر کھلتا ہے۔ بعض اوقات یہ ہم پہلو قولون میں بھی کھل جاتا ہے۔ ایک واقعہ میں ایک کلوئی خراج جو حصات سے پیدا ہوا تھا دائیں گردہ سے معدہ کے بوابی سرے میں چلا گیا تھا اور دونوں اعضا میں ایک ربط پیدا ہو گیا تھا۔

گردکلوئی چربی (perirenal fat) جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہمیت رکھتی ہے۔ کیونکہ اس کے ڈھیلے پن کی وجہ سے اس عضو کا انقاف (enucleation) آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ پیچھے کی نسبت یہ سامنے کی طرف پر زیادہ افراط سے پائی جاتی ہے۔ اس چربی میں ایک خاص قسم کی دھنی خاصیت پائی جاتی ہے اور یہ ایک لچکدار حرکت پذیر اور سہارا دینے والی گدی کا کام دیتی ہے جس میں گردہ میں ڈایا فرام کی تنفسی حرکتوں کے لئے

مجسیت واقع ہو سکتی ہے۔ جب یہ بافت التهاب سے تباہ یا متغیر ہو جاتی ہے تو گردہ مثبت ہو جاتا ہے اور اس کا دور کرنا ایک بہت مشکل کام ہوتا ہے۔ اس امر کی وضاحت کلاں تدرنی گردہ کے دور کرنے سے ہوتی ہے جو مدت سے مرض زدہ ہو۔ گرد کلوئی کیسہ کے علاوہ گردہ کا ایک حقیقی کیسہ بھی ہوتا ہے جو طبعی عضو سے باسانی اتارا جاسکتا ہے۔ کلوئی عروق کے اندر کے خون کے دباؤ سے یہ کیسہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ التهابی حالتوں میں یہ فنش بعض اوقات اتنی زیادہ ہو جاتی ہے کہ یہ گردہ میں سے خون کے آزادی سے گزرنے میں خلل انداز ہوتی ہے۔ ایسی منتی حالتوں کو رفع کرنے کے لئے کیسہ ربائی کی جاچکی ہے۔

حرکت پذیر گردہ (movable kidney) - چونکہ گردے ڈایا فرام سے

قریبی طور پر ملتے ہوئے ہیں اس لئے یہ لازمی طور پر اس کے تنفسی حرکات کی متابعت کرتے ہیں۔ طبعی تنفس میں گردہ کی اوپر اور نیچے کی حرکت تقریباً ۱/۲ انچ تک ہوتی ہے۔ گرد کلوئی کیسہ (perirenal capsule) جس میں گردہ ڈھیلے طور پر مدفون ہوتا ہے، زیر باریطونی القسانی بافت کا صرف ایک مختص حصہ ہوتا ہے۔ گرد کلوئی کیسہ کے حصے مصنوعی طور پر پیش کش کلوئی (prenephric) اور پس کلوئی رداؤں (postnephric fasciae) میں علیحدہ کئے گئے ہیں۔ گرد کلوئی کیسہ اوپر کی جانب ڈایا فرام کے اوپر کی گھنی زیر باریطونی بافت سے اور باہر کی جانب عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے اوپر کی اتنی ہی گھنی تہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ اندر کی جانب یہ ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) اور ورطہ کے خلا فوں سے متحد ہو جاتا ہے، اور نیچے کی طرف یہ حالب کے ایر گردہ ایک ڈھیلی ڈھالی زیر باریطونی بافت کی شکل میں چلا جاتا ہے، اور حوض کی مناظر بافت سے مسلسل قائم کر لیتا ہے۔ لہذا صرف نیچے کی اور اندر کی طرف کی یخوذیتیں ممکن ہیں۔ گرد کلوئی کیسہ اور کلوئی عروق جو کلوئی حرکات کو محدود اور ان کے رخ کو معین رکھتے ہیں صرف اس وقت بروئے کار آتے ہیں جبکہ تنفس کے طبعی حدود سے تجاوز ہو چکا ہو۔ جو قوت گردوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتی ہے، وہ درون شکمی تش ہے جو دیوار شکم کے نظام عضلی سے برقرار رہتی ہے اور جس سے دوسرے اختہ گردوں کے مقابل مضغومار ہتے ہیں۔ کیسہ سے چربی کے جذب ہونے کے ساتھ ہی گرد کلوئی کیسہ کی بافت زیادہ

ڈھیلی ہو جاتی ہے اور کھلی حرکات زیادہ غیر محدود ہو جاتے ہیں، لہذا حرکت پذیر گردہ اکثر ناقص تغذیہ اشخاص میں پایا جاتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ کہیں زیادہ عام ہوتا ہے۔ قبل الذکر صنف میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ حمل کا ایک خاص اثر ہوتا ہے، جس کا فعل شاید بار لیون کو کھینچنے اور اس کے تعلقات کو ڈھیلانے اور نیز وضع حمل کے بعد دیوار ہائے شکم میں ایک عمومی ارتخا پیدا کرنے سے عمل میں آتا ہے۔ دایاں گردہ بائیں گردہ کی نسبت کہیں زیادہ حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی وجہ شاید یہ ہے کہ جگر کا اثر شاید اس کو اپنی جگہ سے ہٹا دیتا ہے۔ ایسے واقعات بھی کم نہیں پائے جاتے جن میں حرکت پذیر گردہ نے مرارہ کی گردن کو دبا دیا ہے اور صفر کا بھاؤ روک دیا ہے۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ حرکت پذیر گردہ ایک دائرہ کے قطعہ میں ہلایا جاسکتا ہے جس کا نصف قطر کھلی عروق کے طول کا متناظر ہوتا ہے۔ اور باوجود اسکے غیر وضعیت بعض اوقات معتد بہ ہوتی ہے۔

جو بھڑی درد (dragging pain) حرکت پذیر گردہ کے ساتھ محسوس کیا جاتا ہے وہ کھلی ضغیرہ کے تناؤ سے پیدا ہوتا ہے جو شمسی (solar) ضغیرہ سے تعلق رکھتا ہے، اور شریانوں کے ساتھ گردہ میں داخل ہوتا ہے۔ گردہ کی عصبی رسد حمل شوکی کے دسویں گیارہویں اور بارہویں ظہری اور پہلے قطنی قطعات سے چھوٹے اور صغیر احتشائی اعصاب کے ذریعہ سے آتی ہے (Head: Head)۔ درد بعید ان حسی اعصاب کے ساتھ ساتھ دیوار شکم پر محسوس ہوتا ہے جو ان قطعات سے آتے ہیں۔

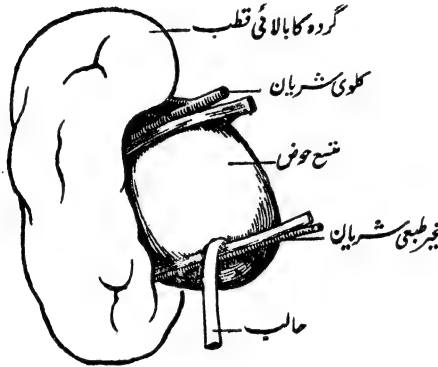
گردوں کی غیر طبعی حالتیں۔ ایک گردہ اور کبھی کبھی دونوں گردے

غیر طبعی محل میں نہو پاسکتے ہیں۔ بایاں دائیں کی نسبت اپنی جگہ سے اکثر ٹلا ہوتا ہے۔ اور عجزی حرقنی غفرونی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) یا عجز (sacrum) کے طنف (promontory) پر پایا جاسکتا ہے۔ یا یہ حرقنی حفروہ یا حوض میں شناخت کیا جاسکتا ہے۔ جس گردہ کا محل بے قاعدہ ہوتا ہے اس کی شکل اکثر متغیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات گردہ میں انتہائی درجہ کی ٹنکی پائی جاتی ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو فزائیڈہ میں موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات حالب کا بالائی حصہ یا تمام حالب ہرا ہوتا ہے اور مثانہ میں دو حالبی

سوراخ ہوتے ہیں۔ مستنزد ثریا میں (supernumerary arteries) اکثر موجود ہوتی ہیں ایسے عروق گردہ کے زیرین قطب کے طرف جاتے ہوئے حالب میں مچاؤ تپنتی (kinking) یا استسقاء گردہ (hydronephrosis) پیدا کر دیتے ہیں۔ استسقاء گردہ کے واقعات کے ایک سلسلہ میں ہری فینوک (Hurry Fenwick) نے یہ دریافت کیا ہے کہ حالب کا تپنتی ۱۶ فیصدی واقعات میں ایک غیرطبعی عرق سے پیدا ہوا تھا (شکل ۱۱۱)۔

گردے حوضی خط میں نمودار ہوتے ہیں اور جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں اوپر چڑھ

485



شکل ۱۱۱۔ غیرطبعی شریان جس کی وجہ سے حالبی حوضی اتصال تپنتی (kinking) ظاہر ہو گیا ہے، اور استسقاء گردہ پیدا ہو گیا ہے۔

(ہری فینوک: Hurry Fenwick کے مطابق)۔

قطنی محل اختیار کر لیتے ہیں۔ جوں جوں یہ اوپر چڑھتے جاتے ہیں نئے کلوی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ ”عجری“ (sacral) گردہ وہ ہے جو دوران صعود میں ٹھہر گیا ہو اور اس کی رسد خون مشترک حوضی ثریاؤں سے آتی ہے۔ دُہرا حالب ابتدائی کلوی غنچہ (primary renal bud) کے انقسام سے بنتا ہے۔

بعض اوقات دونوں گردے متحد ہوتے ہیں۔ ان کے "اتحاد کا نہایت ادنیٰ درجہ نعل نما گردہ (horse-shoe kidney) میں دکھائی دیتا ہے۔ دونوں گردے تحتانی حصوں پر بافت کے ایک چھپے فیستہ نمایاں گول ٹپ سے جو فقراتی عمود اور اورٹ کے اوپر سے گذرتا ہے ملے ہوتے ہیں۔ اتحاد کے زیادہ بڑے درجوں میں دونوں جانبی حصے ایک دوسرے کے زیادہ قریب ہوتے جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اتحاد کے نہایت اعلیٰ درجہ تک پہنچ جاتے ہیں، جس میں ایک مجرد قمر نما گردہ جو خط وسطیٰ پر واقع ہوتا ہے اور جس میں دو یا ایک کما مرہ (calyx) ہوتا ہے مکمل اتحاد کو ظاہر کرتا ہے" (روکیٹنسکی: Rokitsansky)۔ جب دونوں گردے اتصالی بافت کی ایک جھلی سے ملے ہوتے ہیں تو یہ حالت عملیہ کی مانع نہیں ہوتی۔ بعض اوقات ایک گردہ بالکل غائب ہوتا ہے۔ اور مجرد گردہ کا مکمل جانبی یا وسطیٰ ہوتا ہے۔ سرنہری مارک (Sir Henry Morris) نے ان غیر طبعی حالتوں کی شرح وقوع کا مندرجہ ذیل اندازہ پیش کیا ہے۔ ایک گردہ کی خلقی عدم موجودگی یا اس کے انتہائی ذبول کے پائے جانے کی توقع ... ۴۰۰ واقعات میں سے ۱ میں ہوتی ہے۔ اور ۱۶۰۰ واقعات میں سے ۱ میں نعل نما گردہ کے اور ۸۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں مجرد متحدہ گردہ کے پائے جانے کی امید ہوتی ہے۔

عملیات جات جو گردے پر کئے جاتے ہیں۔ مریض کو دوسری جانب پر

ایک قطعی گدی پر لٹا کر جو ستھرن رخ میں بڑی ہومندر جہ ذیل شکاف دینے سے گردہ تک خاطر خواہ رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ شکاف عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinae) کے بیرونی ماسیہ سے بارہویں پسلی کے ۱/۲ انچ نیچے سے شروع کیا جاتا ہے اور ترچھے رخ میں نیچے کی اور آگے کی طرف کو مقدم فوقانی حرقعی شوک کی طرف ۴ تا ۵ انچ کے فاصلہ تک دیا جاتا ہے۔ یہ شکاف آخری ٹھری عصب کا متوازی ہوتا ہے جو اس طرح ضرر سے بچ جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے متوازی رخ میں ایک کافی حد تک بڑھایا جاسکتا ہے عضلات ناصبہ

لے گردوں کی غیر طبعی حالتوں کی زیادہ تفصیل کے لئے دیکھو "یورینری سرجری" (Urinary Surgery) مصنفہ

ایف۔ ایس۔ کڈ (F. S. Kidd)۔

شوک و قطنیہ مربعہ کو تضرر سے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اور خارجی اور داخلی عضلات موربہ اور عضلہ مستعرضہ کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ اور باریٹون کو جسے کھولا نہیں گیا آگے کی طرف کو ہٹا دیا جاتا ہے۔ اور جراح اپنا ہاتھ گردہ کی گردکوی چوٹی پر سے گردے کے گرد پھیرا دیتا ہے۔ اور اس حشا کے اوپر سے گاز کا ایک پھندا پھسلا دیا جاتا ہے اور اسے اوپر کی طرف صلب تک اٹھایا جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے کے لئے آخری پسلی کا جزوی استیصال کر دیا گیا ہے۔ پلورا بارصویں پسلی کی گردن تک پہنچا ہوتا ہے اور گاہے گاہے یہ پہلے قطنی فقرہ کے متعرض زائید تک نیچے آتا ہے (شکل ۱۱۰)۔ بارصویں پسلی اکثر اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ یہ عضلہ ناصبہ شکم (erector spinæ) سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور گیارہویں پسلی آخری معلوم ہوتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو پلورا کو عمداً کھولا جاسکتا ہے۔ اور اس کے بعد اس میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ اگر مریض نیم اکباب کی حالت میں ہو تو ہبوطاریہ کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

اگر گردہ بزراری (nephrectomy) مقصود ہو تو پاچھ معرا کر لیا جاتا ہے اور اس کا عرق حصہ مع اعصاب کے دو بند شلوں کے درمیان سے کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد حالب جتنا نیچے رکھ کر کاٹنا درکار ہو کاٹ دیا جاتا ہے اور اس کا کچھ حصہ گردہ کے ساتھ ہی دور کر دیا جاتا ہے۔

نافجہ پر ورید سامنے پائی جاتی ہے، اور شریان اور اس کی شاخیں اس کے پیچھے واقع ہوتی ہیں، اور حالب ان کے بھی پیچھے نیچے کے حصے کی طرف واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان تقریباً عضدی شریان کے برابر ہوتی ہے۔ اور گردہ تک پہنچنے سے پہلے عام طور پر چار یا پانچ یا چھ شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اگر نافجہ پر کی ساختوں کو علحدہ علحدہ قابو میں لانا ہو تو اس امر کا ذہن نشین رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ ان شاخوں کی ایک تہائی تعداد ہمیشہ حالب کے پیچھے سے گردہ میں داخل ہوتی ہے، اور گردہ کے حوض کے استقصاء میں ان کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ نافجہ پر ورید کی قائم مقام بھی تین یا چار شاخیں ہوتی ہیں، معین کوی شریانیں بھی بعض اوقات موجود ہوتی ہیں۔ جن میں سے بعض گردہ کے بالائی سرے میں یا اس کی مقدم سطح میں داخل ہوتی ہیں۔

بڑے بڑے کوی سلعات کو دور کرنے کے لئے مشکلی شگاف کا مشورہ دیا جاسکتا ہے،

اور فتحہ نزد وسطی راستہ سے بنایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 389 پر بیان کیا گیا ہے۔ گردہ کی مزمن انتہائی حالتوں میں۔ مثلاً طویل المدت تدریجی مرض میں۔ گردہ منضم ہو جاتا ہے اور دائیں جانب پر اس کے ورید اجوف (vena cava) سے چسپیدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب یہ بڑی ورید اس طرح منضم ہو تو اس کے صاف کرنے میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہت منضم گردہ کو دور کر کے دوران میں ڈایا فرام دریدہ ہو چکا ہے۔

اگر کلیوی حصصات شنگافی (nephrolithotomy) مقصود ہو تو حوض کی موخر جانب میں ایک فتح بنالیا جاتا ہے، حصصات دور کر دیا جاتا ہے، اور شنگاف تانت سے با احتیاط سی دیا جاتا ہے اور خطہ دوخت کے عین اوپر شنجی ردا کا ایک ٹیوید پیوند لگا دیا جاتا ہے بعض اوقات جب ایسا نہیں کیا جاسکتا تو حصصات پر کلیوی سنخ میں سے براہ راست ایک شنگاف دیا جاتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ یہ شنگاف بیرونی اور وسطی تہائی حصوں کے انفصال پر دیا جائے کیونکہ یہ حصہ بقیہ گردہ سے نسبتاً فقید الدم ہوتا ہے (ہرٹل: Hyrtl)۔

فوق کلیوی اجسام (suprarenal bodies) گردوں کے بالائی قلیوں

واقع ہوتے ہیں گریہ ان اعضا کی نسبت ڈایا فرام سے زیادہ مضبوطی سے متحد ہوتے ہیں، جیسا کہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ گردوں کے ساتھ ہی اپنی جگہ سے نہیں ہلنے۔ دایاں جسم جگر کے دائیں کٹہے کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) سے یہ استفادہ نزدیک ہوتا ہو کہ یہ دونوں الہتابی انضمامات سے چسپیدہ ہو سکتے ہیں۔ ان غدود سے ایک اندرونی افراز (ایڈرینیٹیلین: adrenalin) بنتا ہے جو بلاشبہ غیر غوطہ عضلات کی تنش کو منظم رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ اس کے براہ راست لگانے سے شریانوں میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے، اور رودہ میں تنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس غدود کی ولفیغی فعالیت اس کی عصبی رسد سے جو نسبتاً کثیر ہوتی ہے منظم رہتی ہے (کنٹن: Cannon)۔ سخت مشقت یا شدید چوٹ یا طویل المدت عملیات کے بعد اس کی ایڈرینیٹیلین (adrenalin) کی مقدار بہت کم یا ختم ہو جاتی ہے۔ اس جسم کا قشرہ اس مرحلہ سے نمونپا ہے جس سے ولفیغی جسم (Wolffian body) ڈھکا ہوتا ہے۔ اس کے لب کو جو نظام مشار کی سے پیدا ہوتا ہے شمسی ضغیرہ (solar plexus) سے بہت سی عصبی رسد آتی ہے۔

برگردوں (suprarenals) کے مرض سے جلد کی رنگت نحاسی ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) میں ہوتا ہے۔

حالبین (ureters) تقریباً ۱۵ انچ لمبی مضبوط نلیاں ہیں جن کی عضلی دیواریں

موٹی ہوتی ہیں۔ اور یہ تمامہ باریطون کے پیچھے واقع ہوتے ہیں، جس سے یہ ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتے ہیں۔ ان کا اوسط عرض پر کے قلم کے برابر ہوتا ہے۔ حالب اوپر سے لیکر نیچے تک مندرجہ ذیل بافتوں پر تنگ ہوتا ہے:۔ (۱) عضلہ خصریہ (psaos muscle) اور تناسلی ساقی (genito-crural) (تناسلی فخذی: genito-femoral) عصب پر۔ (۲) بائیں جانب پر مشتمل ترک حرقنی (common iliac) عروق پر اور دائیں جانب پر خارجی حرقنی (external iliac) پر۔ داخلی حرقنی (internal iliac) شریان پر سے نیچے کی طرف گزرنے کے بعد یہ مثانہ کے موخر کا ذب رباط میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس طرح دیوار مثانہ میں پہنچ جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ رباط عریض کے قاعدہ میں سے گزرتا ہے، جہاں رحمی شریان عنق الرحم سے تقریباً ۲ انچ کے فاصلہ پر اس پر چہرہ بنا کر گذرتی ہے۔ مثانہ میں داخل ہونے سے پیشتر یہ مہبل کے بالائی حصہ کی چھت پر تنگ ہوتا ہے۔ اور اگر اس درجہ میں کوئی حصات مجبوس ہو جائے تو وہ آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اس نلی کا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو مثانہ کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ اور جب حالب میں سے کلوی حصات گزرتے ہیں تو یہ اکثر اس مقام پر پھنس جاتے ہیں۔ دوا و رنگ مقامات ہیں جن پر حصات کے ٹھہرنے کا امکان ہوتا ہے یعنی اس نلی اور حوض گردہ کے مقام اتصال پر اور اس مقام پر جہاں یہ حوض کی لنگر کو عبور کرتی ہے۔ حالبین میں بہت سائندہ واقع ہو سکتا ہے اور تدریجی انساع کی بعض حالتوں میں یہ معائے صغیر کے برابر بھی چوڑے ہو گئے ہیں۔ حالب کا انشقاق خارجی چوٹ سے ہو سکتا ہے۔ جب اس قسم کا واقعہ ظہور پذیر ہوتا ہے تو عام طور پر پیشاب کا ایک بڑا اجتماع باریطون کے پیچھے بن جاتا ہے۔ اور اس سے نتیجہ پیدا ہونے سے جدور کے نیچے ایک متنوع سلجھ بن جاتا ہے۔

حالب گردہ کے جوف میں ایک قیف نما کھف (کلوی حوض) کی شکل میں پھیل جاتا ہے۔

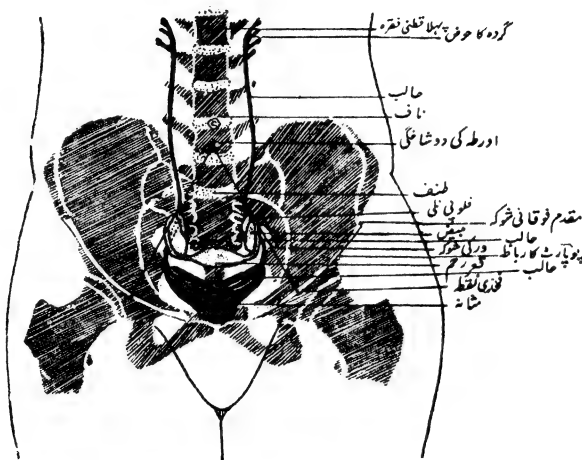
اور یہ کہفہ کما موں (calyces) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ حوض یا کم موں میں حصصات اکثر ٹھہر جاتے ہیں۔ کما مے اتنے تنگ ہوتے ہیں کہ ان میں استقصا کرنے والی انگلی داخل نہیں ہو سکتی۔

حالب کی عصبی رسد تلوی ضغیرو سے آتی ہے اور اس کے عروق تلوی اوٹھتانی مثانی اور زیر باریطونی ضغیروں سے آتے ہیں۔ اس کے عضل طبقات میں ایک خاص انقباضی توازن پایا جاتا ہے۔ اور انتہائی تحریک پذیری کا مقام حوضی حالبی (pelvi-uretral) مقام اتصال ہوتا ہے۔ لہذا اسی مقام پر حرکی دودی حوضیں شروع ہوتی ہیں اور مثاب کے چھوٹے چھوٹے قطروں کو مثانہ کی طرف بہا لیجاتی ہیں بعض حالتوں میں استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) نتیجہ کا نتیجہ نہیں ہوتا بلکہ مذکورہ توازن کے مرکز کی کسی فتور یافتہ حالت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ حالب کے تشوہات کا بیان پہلے کر چکا ہے (صفحہ 484)۔

لاشعاعوں کی مدد سے منفرد حصیات کی تلاش کرنے کے لئے حالب کے مہم کو ظاہر کرنا مندرجہ ذیل طریقہ مفید ثابت ہوگا۔ گردہ کا حوض اوپر کے دونوں قطبی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ سطح جسم پر اس کا محل اس نقطہ کے جو مرارہ کے لئے استعمال کیا جاتا ہے عین اندر کی طرف ایک نقطہ متعین کرنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے (صفحہ 467)۔ اور حالب کا خط تیسرے اور چوتھے قطبی فقرات کے مستعرض زوائد کی نوکوں اور عجری حوضی خضرونی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ حوض کی لگ پر سے حالب مشترک حوضی ثمریان کی دو شاخیں پر سے یا اس کے قریب سے گذرتا ہے، اور یہ مقام اس خط کے اوپر کے ایک تہائی اور نیچے کے دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے جو اورطی دو شاخوں سے لیکر فذی نقطہ تک کسینا چائے (دیکھو شکل ۱۱۲ اور شکل ۹۰ صفحہ 398)۔ اس کا حوضی مہم خمدار ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ اور اس کے باہر کی طرف کے خم کا انحدا بے کی شوک (ischial spine) کے سامنے کی طرف اس سے پانچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ مثانی دہنہ کو مایہ نگار کش میں عانی شوکوں سے کچھ فاصلہ پر ان کے اوپر اور اندر کی طرف تلاش کرنا چاہئے۔ حصیات کی تلاش کرتے وقت یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ رحمی اور حوضی وریدوں کے اندر کے وریدی حصیات (phleboliths) اور نیز حوضی لمفی غد کے باقی ماندہ مکمل حصوں سے بھی گئے سائے آجاتے ہیں۔

شکلی اختلاؤ کی عصبی رومد۔ جو اعصاب شکلی اختلاؤ کو رد پہنچاتے ہیں،

اور جن شو کی قطعات سے پر آتے ہیں ان کا کسی قدر ذکر پہلے ہی کیا جا چکا ہے (صفحہ 393)۔ ان احشاء کی زیادہ تر سرد نظامِ مِشار کی میں سے ضعیفوں کے ایک سلسلہ کے ذریعہ سے پہنچتی ہے۔ ان میں سے اہم ترین شمسی (solar) ہے جس کے توسیعات معدہ، جگر، طحال، گردوں،



شکل ۱۱۲۔ یہ تصویر جالبین کے ممر اور مثانہ کے محل کو ظاہر کرتی ہے،

جیسے یہ بریئم کے محلول کا اثرب کرنے کے بعد مایہ نگارش میں دکھائی دیتے ہیں۔ قمر رحم، فلونیلیوں اور بیضین کا محل بننا ہو گیا۔

برگردی کنیوں، لبلبہ، اور معاکے ان حصوں کو جاتے ہیں جو فوقانی ماساریقی شریان سے تعلق رکھتے ہیں۔

شمسی ضمیرہ اور اس کے عقدوں میں احتشائی اعصاب اور عصب تائید کی کچھ مثالیں

آکر ملتی ہیں۔ اور کچھ شاخیں ڈایا فرامی (phrenic) ضغیروں سے برگردی ضغیروں کو جاتی ہیں۔ ان اعصاب کے ذریعہ سے عروق خون کا قطریہ اور شکم کے اندر کی مقدار خون منظم رہتی ہے۔ ان میں شکلی اختاء کے لئے نہ صرف درآر یا حسی ریشے ہی موجود ہوتے ہیں بلکہ امعاء کے لئے برآر یا مضیق اور موسع ریشے بھی ان میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ اچھی طرح سے سمجھ لینا چاہئے کہ اگر ان وسیع جالوں پر جن کے اطرافی اور مرکزی تعلقات اتنے وسیع ہیں اور جن کے علاقہ جاتا حیوی اعضا سے اس قدر اہم ہیں کوئی اثر ڈالا جائے تو اس کے نتائج اہم ہونگے۔ یہ نتائج گہرے ہبوط قافیہ اور ان خطرناک علامات پر مشتمل ہیں جو اختاء کی اور خفاصہ کا ان اختاء کی شدت ضرروں میں پائے جاتے ہیں جو ان بڑے بڑے ضغیروں سے بالکل براہ راست تعلق رکھتے ہیں۔

مستعرض، نزولی، حرقنی، اور حوضی قولونوں کے بعدی حصوں کو تحتانی ماساریقی ضغیر سے اور نیز ان اہم ریشوں سے رسد پہنچتی ہے جو حوضی ضغیر سے آتے ہیں۔ قولون کے قریبی حصہ کو اگرچہ فوقانی ماساریقی ضغیر سے رسد پہنچتی ہے مگر یہ رسد صرف اس کے اس حصہ سے آتی ہے جو بڑے بڑے مراکز سے بہت بعید ہوتا ہے۔ اور یہ ایک تین امر ہے کہ ضرر خننا معہ قریب ہوگا اس سے پیدا شدہ عصبی مظاہر اتنے ہی خطرناک ہونگے۔ بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں۔ شدید ترین علامات ان حصوں میں پیدا ہوتے ہیں جن پر اعصاب ٹائیسر کا اثر غالب ہے۔

جگر اور معدہ کے بعض امراض میں کندھوں کے درمیان یا کتفین (scapulae) کے تحتانی زاویوں کے قریب مشار کی (sympathetic) یا تبعید (referred) دردوں کی شکایت کی جاتی ہے۔ یہ درد کتف کے زاویہ سے کچھ فاصلہ پر نیچے کی طرف ظاہر ہوتے ہیں۔ معدہ کے اعصاب زیادہ تر ساقوں اور آٹھوں شوکی قطعات سے اور جگر کے آٹھوں اور نویں شوکی قطعات سے آتے ہیں۔ ان قطعات کے جلدی رقبہ جات ان اعضا کے مرض زدہ ہونے پر ایلم ہو جاتے ہیں اور ان رقبہ جات کے بعض مقامات پر درد بعید محسوس ہوتا ہے (شکل ۵ ص ۳۹۰)۔ کندھے کی نوک کا درد جو اکثر مرض جگر میں پایا جاتا ہے اس رقبہ میں محسوس ہوتا ہے جس کو چوتھا حقیقی قطعہ رسد پہنچاتا ہے۔ اور یہ وہی قطعہ ہے جس سے ڈایا فرام اور زیر ڈایا فرامی اتصالی بافت کو ڈایا فرامی (phrenic) اعصاب کے ذریعہ سے رسد

پہنچتی ہے۔ یہ یاد رہے کہ یہ اعصاب ڈایا فرام کی زیریں سطح پر متفرع ہوتے ہیں، اور جب گرد کی فتور یافتہ حالتوں میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سنگمانا عوجہ (حوضی قیولون) کے مرض اور گھٹنے کے درد میں بظاہر کوئی تعلق معلوم نہیں ہوتا۔ مگر اس عوجہ کے سرطان کے واقعات اور ان مثالوں میں جن میں یہ براہ سے متمد ہو جاتا ہے اس قسم کے درد کی شکایت کی گئی ہے۔ درد عصب ساد (obturator nerve) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے جو سنگمانا عوجہ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور جب رودہ مرض زدہ ہو تو یہ اس سے آسانی دہکتا ہے۔ معائے صغیر میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ بالعموم ناف کے قرب و جوار یعنی دسویں ٹھری عصب کے تفرع سے منسوب ہوتا ہے (شکل ۵ صفحہ 390)۔ یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ یہ درد اتنے تنگ رقبہ سے منسوب ہوتے ہیں۔ مگر اس کی مکمل توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ تمام معائے صغیر جنینی غذائی خطہ کے ایک نہایت ہی چھوٹے حصہ سے پیدا ہوتی ہے۔ کچھ ران کے ساتھ ساتھ (بارہویں ٹھری اور پہلے قطنی اعصاب کے ساتھ ساتھ) جو درد ہوتا ہے وہ بہت سے مآخذ سے آتا ہے یعنی گردہ، حالب، بیض، خیمتین، فلوی نالیوں، رحم، زائیدہ، اور کولے کے جوڑ کے امراض سے اور فتوق سے۔ لہذا اگر درد بعید اس خطہ میں محسوس ہو تو مرض کا مبداء معلوم کرنے کے لئے ان تمام حصوں کے متعلق تحقیقات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

شکم کے عروق خون۔ شکمی اور ط کی بعض ششائی شاخوں کی جسامت بڑی

ہوتی ہے، چنانچہ شکمی محور (coeliac axis) اور فوقانی ماساریک (superior mesenteric) شریان اتنی بڑی ہوتی ہے جتنی کہ مشترک سبابتی (common carotid)۔ طحالی کبدی اور کلوی عروق تقریباً عضدی (brachial) کے برابر ہوتے ہیں۔ اور تحتانی ماساریک (inferior mesenteric) تنے کے سب سے بڑے حصہ کے البعاد زندگی (ulnar) شریان کے برابر ہوتے ہیں۔ اگرچہ فوقانی ماساریک شریان کی شاخوں کے درمیان قبل اس کے کہ ان سے آخری جال بنے دو یا بعض اوقات تین قنمی محرابیں پائی جاتی ہیں، مگر مقابلہ چھوٹی سی شاخ کی سداد سے بھی رودہ میں لنگرین واقع ہو جاتی ہے۔

اگر یہ یاد رہے کہ قطنی غدد و رید اجوف (vena cava) اور حوضی و ریدوں کے

آس پاس واقع ہوتے ہیں تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان اجسام کی بہت سی کلانی کی وجہ سے دباؤ پڑنے سے ہیج پیدا ہو سکتا ہے۔ تمام معائے صغیر کی نگرین بانی ورید (portal vein) کی سدایت سے پیدا ہو سکتی ہے۔ برنارڈ (Barnard) نے جس واقعہ کی اطلاع دی ہے اس میں سدایت اس مقام پر الہابی بھجائو سے واقع ہو گئی تھی جہاں یہ ورید بلبہ کی گردن کے پیچھے سے گذرتی ہے۔

ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) کا میابی سے باندھی جا چکی ہے۔ اور مجانب وریڈوں میں سے جو کلاں ہو جاتی ہیں بڑی بڑی وریڈیں بے قرین (azygos) اور بر معدی اور دروں فقری وریڈیں ہیں۔ پروفیسر شٹاک (Prof. Shattock) نے ورید اجوف کی مکمل سدودیت کے ایک واقعہ یعنی ڈاکٹر ڈبلیو ریورس پولک (Dr. W. Rivers Pollock) کے واقعہ کی اطلاع دی ہے۔ ڈاکٹر پولک نے ۱۲۰ گز کی ٹیٹیوں کی بین الجامعاتی دوڑ ۱۶ سیکنڈ میں جیت لی اور سابقہ اندراجات پر سبقت حاصل کی۔ تمام دوڑ میں اس نے اپنا سانس روک رکھا اور جب وہ فیتہ سے آگے گذرا تو اس پر مہو طاری ہو گیا۔ سانس روکنے سے خون بڑی بڑی شریانوں میں رک جاتا ہے۔ اس قسم کی دوڑ میں قلب اور نابض عضلات خون کو بڑے بڑے وریڈی تنوں میں آگے کی طرف کو دھکیلتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ورید اجوف تحتانی بیش متدد، فر رسیدہ اور شاید علقت زده ہو جاتی ہے اور پھر انجام کار سدود ہو جاتی ہے۔ کنج ران سے جو وریڈیں بغل اور پستان کی طرف آتی ہیں وہ بتدریج متدد اور دوالی نما ہو جاتی ہیں اور ورید اجوف تحتانی کی قائم مقام بن جاتی ہیں۔ ڈاکٹر پولک عمر بھر معدور رہا۔ اور اسے پچھلے سہاروں کا استعمال کرنا پڑا۔ کلوی وریڈیں بھی سدود ہو گئی تھیں، مگر کلوی اور زیر باریطونی وریڈوں میں ربط پیدا ہو گیا تھا، بہر حال گردوں نے ایسا فعل ہرگز نہیں کیا جیسا کہ وہ زمانہ صحت میں کرتے تھے۔

متدد چھوٹے چھوٹے نہایت اہم نفقات شکمی اور طہ کی ششائی شاخوں اور شکمی جدور کے بعض عروق کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ نفقات زیر باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں، اور اکثر انہی اختاء سے تعلق رکھتے ہیں جن کی کافی وسیع سطح اس غشاء سے معرا ہوتی ہے۔ جو تحشائی شاخیں ان نفقات میں آکر ملتی ہیں وہ کبدی، کلوی، اور برگردی شریانوں اور

ان عروق سے آتی ہیں جو اثنا عشری کے زیرین حصہ، لبلبہ، اسحر، اور قولون کے سعودی اور نزولی حصوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ مذکورہ بالا عروق سے جو جداری عروق ملتے ہیں وہ ڈایا غرامی (phrenic) اور قطنی اور حرقنی قطنی اور زیرین بین ضلعی اور بر معدی اور منحن مسرعتی (circumflex iliac) تنوں سے نکلتے ہیں۔ پروفیسر چیئن (Prof. Chiene) نے ایک واقعہ بائیل بیان کیا ہے۔ اس میں شکمی محور (coeliac axis) اور ماسارمقی عروق میں ڈاٹ لگ گئی تھی، لیکن ان شریانوں کی شاخوں میں احتشاء کو رسد پہنچانے کے لئے خون کی ایک کافی مقدار ان کے جداری رابطوں کے راستہ سے پہنچ جاتی تھی۔

بانی دوران خون کے تسد میں جو جگر کے مرض سے پیدا ہوتا ہے

خون بانی ورید میں سے نظامی وریدوں میں مندرجہ ذیل مقامات پر داخل ہو سکتا ہے (تکل ۱۱۳)۔
 (۱) معائے ستقیم کے زیرین حصہ پر فوقانی باسوری وریدوں میں سے تحتانی اور وسطی باسوری وریدوں میں۔ (۲) مری پر کیکلی وریدوں، جیسا سے مری وریدوں میں۔ (۳) دایہ شکل (falciform) رباط اور رباطات مستدیر میں بانی ورید سے بر معدی کی شاخوں میں۔ (۴) شکم کی موبو دیوار کی زیر باریطونی بافت میں جہاں کلوی اور ڈایا فراچی (phrenic) اور قطنی اور بین ضلعی وریدیں ماسارمقی اور لبلبی اور دوسری وریدوں سے خون وصول کرتی ہیں۔ ثرب یا حشائی باریطون اور جداری باریطون کے درمیان انغمات پیدا کرنے سے جیسا کہ ٹالما مورسین (Talma-Morrison) کے عملیہ میں کیا جاتا ہے بانی اور وریدی دورانات خون کے درمیان نئے اور بڑے بڑے ربط پیدا کر دئے جاتے ہیں۔ خارجی حرقنی ورید اور بانی ورید کے درمیان ربط موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ربط عام طور پر عمیق بر معدی ورید سے پیدا ہوتے ہیں جو ناف کے قریب جوا میں کسی سابقہ ٹٹری ورید سے مل جاتی ہے۔

صدری قنات (thoracic duct) - صدری قنات بائیں عضلہ قصیہ

طلیہ (sterno-mastoid) کے زیرین حصہ کے نیچے سے تدرن زدہ غد کے ملحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو سکتی ہے۔ یا جیسا کہ بعض بیان کردہ واقعات میں ہوا ہے، یہ گردن کی ہول میں

برآمد نہیں ہوا۔ لیف (Leaf) نے یہ ثابت کیا ہے کہ صدری قنات موخر منصف میں بے قرینا (azygos) وریدوں سے اور صدر اور گردن کی دائیں جانب کے لمبی عروق سے آزادانہ ربط رکھتی ہے۔ شکم کے بالائی حصہ میں واقع شدہ خبیث سلعات کے انتشار کے لئے یہ اکثر ایک مجری کا کام دیتی ہے۔ سرطان معدہ میں گردن کی بائیں جانب کے تحتانی عمیق عنتی غد کی کلائی عام طور پر پائی جاتی ہے۔ اور بعض اوقات پہلی امارت ہوتی ہے جو مشاہدہ میں آتی ہے (ڈبلیو ایم سٹیونس : W. M. Stevens)۔ یہ قنات اکثر ایک ڈلٹا پر ختم ہوتی ہے جو کئی ایک شاخوں سے بنا ہوتا ہے۔ لہذا عملیہ کے بعد کیلوس کے عارضی طور پر بہانے کا مطلب لازمی طور پر یہ نہیں ہوتا کہ تمام قنات بعد میں ندبہ سے منطس ہو جائیگی، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بعض شاخیں ضرر سے بچ گئی ہوں۔

بانیستم

حوض اور احتشائے حوض

حوض کا میکا نیہ۔ بعض احتشائے کے لئے کہفہ کا، اور بعض شکی اعضا کے لئے سہارے کا، اور جارج اسفل اور بہت سے عضلات کے لئے چسپیدگی کے مقام کا کام دینے کے علاوہ، حوض کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں جسم کے وزن کو منتقل بھی کرتا ہے۔ یہ انتقال وزن دو محرابوں کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے۔ ان میں سے ایک کھڑے ہونے کی حالت میں کام آتی ہے اور ایک بیٹھنے کی حالت میں۔ کھڑے ہونے کی حالت میں محراب عجز (sacrum) اور عجزی حرقنی مفاصل اور فغانا (acetabula) اور ہڈی کے ان دونوں جو موخر الذکر دونوں مقامات کے درمیان پھیلے ہوتے ہیں بنتی ہے۔ اگر ان کے سوا حوض کے تمام دوسرے حصے کاٹ دئے جائیں تو بقیہ حصے پھر بھی جسم کا وزن برداشت کر سکیں گے اور اس مادہ محراب کو ٹا ہر کینچے جس میں سے وزن منتقل ہوتا ہے۔ بیٹھنے کی حالت میں محراب عجز اور عجزی حرقنی مفاصل اور وری حدیبہ جات (tubera ischiorum) اور ہڈی کے ان مضبوط دونوں پر مشتمل ہوتی ہے جو موخر الذکر دونوں حصوں کے درمیان پھیلے ہوتے ہیں۔ سرمنہ سری مورس (Sir Henry Morris) نے ان دونوں محرابوں کو فخذی عجزی (femro-sacral) اور

در کی عجزی (ischio-sacral) نام دئے ہیں۔ لا اسمی (innominate) ہڈی کا امتحان کر کے یہ ظاہر ہوگا کہ اس کے سب سے موٹے اور سب سے مضبوط حصے وہ ہیں جو ان مھربوں کے خطوط میں واقع ہوتے ہیں۔ ”جب مھرب میں بہت زیادہ طاقت کی ضرورت ہوتی ہے تو اسے حلقہ کی شکل میں بڑھا دیا جاتا ہے تاکہ ایک مھرب مقابل بن جائے یا مھرب کے سروں کو لانے کے لئے ایک بندھن (tie) بنادی جاتی ہے اور اس طرح ان کو باہر کی طرف کو سرکنے سے روک دیا جاتا ہے۔ عاین کے جسم اور ان کے افقی فروع سے فخذی عجزی مھرب کی اور عاین کے متحدہ فروع اور عظم در کی سے در کی عجزی مھرب کی بندھن یا مھرب مقابل بنتی ہے۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ جب حوض کو کوئی زیادہ وزن برداشت کرنا پڑتا ہے، مثلاً حمل میں، تو ارتفاق پر اتنا بار کس طرح پڑتا ہے۔ اور جن حالتوں میں یہ جوڑ کمزور یا ماؤف ہو جاتا ہے ان میں اتنی نا لاقحی اور کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی عدم استطاعت کیوں پائی جاتی ہے۔ اور کساحت (rickets) اور لينت العظام (mollities ossium) میں حوض کا مقدم حصہ جسم کے وزن سے خمیدہ اور بیکل کیوں ہو جاتا ہے۔ یہاں یہ بیان کیا جاسکتا ہو کہ کساحت کی بیکل کیچہ کی عمر کے لحاظ سے جس میں یہ مرض شروع ہوا اور اس ہئیت (attitude) کے لحاظ سے جب کہ وہ مریض ہو بہت مختلف ہوتی ہے۔ کساحتی حوض کی عام قسم میں دونوں فغان ایک دوسرے کے قریب آجاتے ہیں اور حوض کا مقدم حصہ خمیدہ ہو جاتا ہے، جس سے ارتفاق آگے کی طرف کو نکل جاتا ہے، اور کہفہ مستعوض قطر میں بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں مانی مھرب بعض اوقات عملاً مہبوط ہو جاتی ہے۔ اور افقی فروع ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہو جاتے ہیں۔

انتصابی ہئیت میں حوض اس قدر نال ہو جاتا ہے کہ اصلی حوض کی لگر کا مستوی افق کے ساتھ ۶۰° سے لیکر ۹۵° تک کا زاویہ بناتا ہے۔ عجز کا قاعدہ ارتفاق کے بالائی کنارہ سے تقریباً ۳۵° انج اوپر ہوتا ہے۔ اور اس کی ٹوک اس کے زیرین کنارے سے ذرا اونچی ہوتی ہے۔

لے سر ہنری مورس - ”مفاصل“ (The Joints) صفحہ ۱۱۶ پر حوض کے میکانیسم کا نہایت گراں قدر بیان پایا جائے گا۔

(بالغ کے) تمام جسم کا مرکز جاذبہ قطنی عجزی زاویہ کے عین اوپر اس خط کے عین وسط پر ہوتا ہے جو عظام فخذی کے سروں کے درمیان کھینچا جائے۔

حوض کے کسور۔ جو کچھ ابھی بیان کیا گیا ہے اس کا ملخص یہ ہے کہ حوض کے

کمزور ترین حصے ارتفاع (symphysis) اور عجزی حرقنی جوڑوں پر پائے جاتے ہیں۔ مگر ان حصوں کی ہڈیاں قوی رباطات سے اس مضبوطی سے جڑی ہوتی ہیں کہ ان مفصل کا خلع بہت نادر الوقوع ہے، اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسر بہت عام ہے۔ حوض کا عام ترین کسر کمزور محراب مقابل میں واقع ہوتا ہے اور عانین اور عظام ورکی کے فروع پر اثر انداز ہوتا ہے۔ اس کسر میں عجزی حرقنی جوڑ کے قریب رباطات کی اکثر کچھ دریدگی پائی جاتی ہے۔ اور یہ ان حوادث میں پایا جاتا ہے جو نہایت مختلف اقسام کے ضربات سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ اس حالت کو تلو (Tillaux) نے یوں بیان کیا ہے۔ اگر (ا) حوض کو مقدم موخر رخ میں مضبوط کیا جائے تو قوت کا زیادہ تر محراب مقابل پر پڑتا ہے، جو بلا واسطہ ضرب سے کسور ہو جاتی ہے۔ اگر اس قوت کا سلسلہ جاری رہے تو اس کا رجحان دونوں حرقنی ہڈیوں کو ایک دوسرے سے دور ہٹانے کی طرف ہوتا ہے اور اس طرح یہ عجزی حرقنی فصل کے مقدم رباطات کو نشق کر دیتی ہے۔ اور اگر (ب) طاقت کا اثر متعوض ہو تو دونوں فغانوں کا رجحان دب کر ایک دوسرے کے قریب آنے کی طرف ہوتا ہے۔ محراب مقابل زیادہ خمیدہ ہو جاتی ہے اور انجام کار بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے۔ اسی تسلسل میں ضرب دونوں حرقنی ہڈیوں کو ایک دوسرے کے قریب دھکیل دیتی ہے اور اس حالت میں بار عجزی حرقنی جوڑ پر پڑتا ہے۔ اور اس جوڑ کے موخر رباطات کے ٹوٹنے کا احتمال ہوتا ہے یا ہڈی کے وہ حصے جو اس جوڑ کے ہم پہلو ہوتے ہیں دریدہ ہو کر علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ گرنے کے ان واقعات میں جب کہ مریض پاؤں یا ورکی حدیبہ جات کے لگتا ہے یہ سمجھ میں آسکتا ہے کہ بہت سی مثالوں میں بڑی بڑی محرابیں بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے کس طرح ضرر سے بچ جاتی ہیں، اور محراب مقابل کسور ہو جاتی ہے۔

حوض کے ہر ایک حصہ میں بشمول عجز ایسی بلا واسطہ ضرب سے جس کا محل وقوع بہت محدود ہو کسرو واقع ہو سکتا ہے۔ مقدم موخر اور موخر فوقانی شوک جات بھی علیحدہ ہو چکے ہیں اور

حرقنی عوف پر بھی کم و بیش یہی صادق آتا ہے۔ موصوف الذکر حصہ بطور بر بالہ کے علحدہ ہو سکتا ہے۔ ہڈی کے ساتھ یہ تقریباً چوبیسویں سال پر متحد ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں مقدم تختانی شوکی زائدہ دور میں حصہ لینے کے دوران میں عضلہ مستقیمہ کے فعل سے علحدہ ہو گیا تھا۔

لاٹمی ہڈی (os innominatum) تین تشریحی حصوں میں لٹوتی ہے۔ یہ حادثہ تقریباً سترہویں سال کے بعد واقع نہیں ہو سکتا کیونکہ اس زمانہ میں وائی (۷) کی شکل کا غضروف بالعموم کلی طور پر متعظم ہو جاتا ہے۔ اور تینوں ابتدائی ہڈیاں فغان میں مکمل طور پر متحد ہو جاتی ہیں اس قسم کے اتحاد کے واقع ہونے سے پیشتر کوٹے کے جوڑ کا خراج اکثر غضروف میں سے گذر کر حوض میں پہنچ جاتا ہے۔ فنیجان میں کس واقع ہو چکا ہے، اور فغذی کامراس کے باریک ترین حصہ میں سے گذر کر حوض میں جا چکا ہے (مرکزی خلع)۔ عانین اور عظم ورکی (ischium) کے کسور میں مثانہ بعض اوقات تیز ٹکڑوں سے دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور مجرئی بول اور مہبل کو بھی ضرر پہنچ جاتا ہے۔ عجری کے کسور میں معائنے مستقیم چھٹ چپی ہے اور نیچے کے ٹکڑے سے (جو ہمیشہ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے) اس طرح مضبوط ہو چکی ہے کہ تقریباً بند ہی ہو گئی تھی۔

500

ارتفاق عانہ (symphysis pubis)۔ ارتفاق کی ہڈیوں کی علحدگی بغیر

کسر کے شدید چوٹ سے واقع ہو چکی ہے۔ اہل گین (Malgaigne) نے تین واقعات کے متعلق اطلاع دی ہے جن میں یہ علحدگی صرف شدید عضلی زور یعنی دونوں طرفوں کے مقرب عضلات کے انتہائی فعل سے واقع ہوئی تھی۔ منقبض حوض کی حالت میں وضع حمل کے دوران میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے اور اس طرح قیصری علیہ سے احتراز کرنے کے لئے ارتفاق عانہ کو کاٹا جاسکتا ہے۔ اس کا اتحاد یعنی غضروف اور استعرض عمیلی یعنی بندوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کی گہرائی ۱ تا ۱.۵ انچ کے درمیان ہوتی ہے، اور اسے زیر جلدی طور پر کاٹا جاسکتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پورا پورا یکجہ کشادہ ہو جاتی ہیں۔ مگر یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ مقدم موصوف قطر کو ۱.۵ انچ بڑھانے کے لئے ہڈیوں کو ۲ انچ تک دور ہٹانا ضروری ہوتا ہے۔ اور اس قسم کی علحدگی سے عجری حرقنی رابطات دریدہ ہو جاتے ہیں اور حوضی اجزاء کی سپسیدگیوں کو ضرر پہنچتا ہے۔

عجری حرقنی جوڑ (sacro-iliac joint) میں بعض اوقات مرض ظہور پذیر

ہوتا ہے۔ طبعی طور پر اس جوڑ میں ایک زلابی فضا اور سیدھ حرکت موجود ہوتی ہے۔ چونکہ یہ مفصل حوض کی بڑی بڑی محرابوں کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اس میں التهاب واقع ہونے کی صورت میں مریض کے کمرے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں اور خاص کر جبکہ جسم کو حوض پر گہکوش دینے کی کوشش کی جائے بہت سارے دھکوس ہوگا۔

جب **سراج** بنجاتا ہے تو اس کا رجحان آگے کو آنے کی طرف ہوتا ہے، کیونکہ مقدم رباط کمزور ہوتا ہے اور موخر رباط کثیف اور دبیز اور بہت مضبوط ہوتا ہے۔ جوڑ کی حوضی جانب پر پہنچنے کے بعد سیپ بعض اوقات حرقنی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے، یا حرقنی حصری (ilio-psoas) غلاف میں داخل ہو جاتی ہے۔ یا قطنی عجری جبل (lumbo-sacral cord) یا عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کے ساتھ ساتھ چل جاتی ہے اور ان میں جا کر غلط گچ عظیم کے پیچھے ظاہر ہو جاتی ہے، یا یہ عروق ساد (obturator vessels) کے ساتھ ساتھ چکر درقنی سوراخ تک پہنچ جاتی ہے اور انجام کار ان کی اندرونی طرف پر نمودار ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں خراج پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اس کا منہ جوڑ کی موخر جانب پر بنجاتا ہے۔

پیچھے کی طرف سے اس جوڑ تک رسائی کرنا اس کی گہرائی اور اس کے موخر رباط کی مضبوطی کی وجہ سے بہت مشکل ہے۔ الوی خط میں سے یہ اس شکاف سے بہترین طور پر معرا کیا جاسکتا ہے جو حرقنی عرف کے موخر نصف کے تقریباً متوازی اور اس سے تقریباً ۲ انچ نیچے دیا جائے۔ الوی عضلات اور ردا کاٹ دی جاتی ہے حتیٰ کہ حرقف معرا ہو جاتا ہے اور جراح نسائی کٹاؤ کے بالائی حاشیہ کو انگلی سے محسوس کر لیتا ہے۔ پھر یہ جوڑ عظم حرقنی کا اس خط کے وسط پر ترفان کرنے سے معرا کر لیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۲ صفحہ ۵۵۵) جو نسائی کٹاؤ کے مقدم کنارہ سے لیکر اس نقطہ تک کھینچا جاتا ہے جو حرقنی عرف کے موخر اور وسطی تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہو (وہیلر: Wheeler)۔

اس جوڑ کے عصبی تعلقات اہم ہیں اسکو فوقانی الوی (superior gluteal) عصب، اور قطنی عجری جبل (lumbo-sacral cord) اور پہلا عجری عصب، اور پہلا اور دوسرا موخر عجری عصب رسد پہنچاتے ہیں (مورس: Morris)۔ قطنی عجری جبل اور

عصب ساد (obturator nerve) اس مفصل سے بہت قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ ان تعلقات سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ عجری حرقنی (sacro-iliac) مرض میں درد عجری خط پر (بالائی عجری اعصاب) اور سرین (الوی عصب) میں محسوس ہوتا ہے۔ کولے اور گھٹنے کے جوڑوں میں اور ران کی اندرونی جانب کے ساتھ ساتھ (عصب ساد) بہت سے درد کی شکایت کی جاتی ہے۔ ایک یا دو بیان کردہ واقعات میں ساق اور ران کی کھچلی طرف میں شدید درد موجود تھا اور ساتھ ہی ان حصوں کے عضلات میں درد نیز جھٹکے بھی پائے جاتے تھے (قلنی عجری جصل اور اس کا وہ تعلق جو عظیم ثنی عصب کے ساتھ ہوتا ہے)۔

502

عجری کا خلع (dislocation of the sacrum)۔ اس ہڈی کا عجیب غریب

دوہرافان نما خاکہ اور وہ بہت سے کثیف رابطات جو اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہیں اس کو اس جوڑ پر مغلوع ہونے سے باز رکھتے ہیں۔ یہ ہڈی بہت ترجبی واقع ہوتی ہے، اور اس لئے جسم کے وزن کا رجحان اس کے قاعدہ کو حوض کے اندر دھکیلنے اور اس کے راس کو اوپر اٹھانے کی طرف ہوتا ہے۔ مضبوط موضوع عجری حرقنی رابطات پہلی حرکت کو اور عظیم عجری ثنائی رابطات دوسری حرکت کو روکتے ہیں۔

عجری عصمی سلعات (sacro-coccygeal tumours)۔ عجری

عصمی خط اکثر خلقی سلعات کا محل ہوتا ہے۔ مزید برآں حوض کے اس حصہ کے ساتھ تیسرا زبرین جار بھی چسپیدہ پایا جاتا ہے جس سے ”سہ پائیگی“ (tripodism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ عمود شوکی کے اس حصہ سے طفیلی جنینیات بھی اکثر چسپیدہ پائے گئے ہیں۔ منضم جنینیات کی بہت سی مثالوں میں دونوں افراد عمود شوکی کے اس حصہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ بعض عجری عصمی سلعات میں سرطانی دیرے اور جلد، عضلہ، عصب، ہڈی، غضروف اور غشائے مخاطی کے ٹکڑے پائے جاتے ہیں۔ یہ عجیب و غریب تو دے عصص کے مقدم حصہ سے اس کے اور معائے تقیم کے درمیان پیدا ہوتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ عصمی جسم سے پیدا ہوتے ہیں، اور بعض جیسا کہ بلینڈ سٹن (Bland-Sutton) کی رائے ہے اُن ساختوں سے

پیدا ہوتے ہیں جن کو ماہرین جنینیات بعد مہزری رودہ (postnatal gut) اور عصبی معوی گذرگاہ (neurenteric passage) کہتے ہیں۔

عجزی عصصی جوڑ میں بعض اوقات خلع یا مرض واقع ہو جاتا ہے۔ ان میں سے

ہر ایک عارضہ میں اس حصہ کے ان عضلات کے ذریعہ سے بکثرت حرکت کرنے سے جو عصص سے چسپیدہ ہیں (الویہ کیرہ، عصصیہ، رافع مہز، اور عضلہ عاصہ) بہت دور موجود رہتا ہے۔ خلع میں یہ ہڈی بعض اوقات معائنے سے تپیل کر آتی ہے اور تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ اس جوڑ میں اور اس کے ارد گرد کے حصوں میں بعض اوقات ایسا شدید وجع العصب (عصصی رذ) (coccygodynia) پیدا ہو جاتا ہے کہ عصص کا استیصال کرنا پڑتا ہے، یا ان ساختوں کو کاٹنا پڑتا ہے جو اس کی پھلی طرف کو ڈھانکتی ہیں۔ اس جوڑ اور اس کی ارد گرد کی لہنی بنا کو مندرجہ ذیل اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب کی موخر قسمتوں سے، اور پانچویں عجزی اور عصصی کی مقدم اور موخر قسمتوں سے۔ پیرا نہ سالی میں عصص نعظم سے عجز کے ساتھ متحد ہو جاتا ہے۔

508 حوض کا فرش اور حوضی ردا۔ طبعی حالت میں عظمی حوض کے مخرج میں

بیچھے سے آگے کی طرف کو مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں۔ عضلہ کشریہ (pyriformis)، عجزی نسانی رابطات، عضلہ عصصیہ، رافع مہز (جو نہایت ہی اہم جزو ہے)، اور عجان کا مثلث رباط۔ ان سے حوض کا ڈایا فرام یا فرش بنتا ہے۔ موخر الذکر تینوں ساختیں کہنے حوض کو عجان سے علیحدہ کرتی ہیں اور حوضی احتشاء کے لئے ایک عضلی گہوارے کا کام دیتی ہے۔

فرش حوض کے روزن۔ دائیں اور بائیں رافعات مہز کے عانی

عصصی ریشے ایک تنگ درز کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتے ہیں جو اتفاقاً عانہ سے لیکر مہزری عصصی جسم تک جاتی ہے۔ اس درز یا سیون میں سے فرش حوض کے روزن یعنی مہزری قنل ہبل اور مجری بول کھلتے ہیں۔ اس درز کا طول تقریباً ۱۳ انچ ہوتا ہے۔ ۲ وران تبر میں

رافع مبرز کے ریشے ڈھیٹے ہو جاتے ہیں اور قنال مبرز پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو حرکت کر جاتی ہے جس سے درز مذکور تقریباً ۱/۲ انچ اور لمبی ہو جاتی ہے (آر۔ ایچ۔ پیرامور R. H. Paramore: دوران وضع حمل میں روزن ہبل جنین کے سر کے گزرنے سے بہت متمدد ہو جاتا ہے۔ عضلی مساعی میں جبکہ شکم کا عضلی نظام بھی منقبض ہو جاتا ہے یہ درز یا سیون عانی عصعصی ریشوں کے انقباض سے چھوٹی ہو جاتی ہے اور قنال مبرز ارتفاق عانہ کی طرف کھینچ جاتی ہے۔ مزید برآں یہ درز قنال مبرز اور بولی تناسلی گذرگاہ کے درمیان عجائیسم (perineal body) سے پُر ہوتی ہے۔ دائیں اور بائیں عانی عصعصی عضلات کے ہم پہلو کناروں کے درمیان جوبافت حائل ہوتی ہے اس میں بہت سا غیر مخطط عضلہ پایا جاتا ہے۔ سامنے کی طرف سے اس درز کو مثلث رباط سے قوت پہنچتی ہے۔ وسطانی عانی عصعصی ریشے اس رباط پر واقع ہوتے ہیں۔

حوضی ردا (pelvic fascia)۔ حوضی ردا ایک پیچیدہ ساخت ہے جو

مندرجہ ذیل حصوں سے مرکب ہوتی ہے:- (۱) عضلی غلافات۔ (۲) حشائی غلافات یا کیسہ جات۔ (۳) عرقی غلافات۔ (۴) رافع مبرز کا محرابی (arcuate) رباط۔ عضلی غلافات مندرجہ ذیل ہیں:- (۱) ردا ئے ساد (obturator fascia) جو عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کی حوضی جانب کو پوشیدہ کرتی ہے اور حوض کے اندر فی حصہ سے اس عضلہ کے مبداء کے ارد گرد چسپیدہ ہوتی ہے۔ (۲) وہ لینی تختہ جو عضلہ کمشریہ (pyriformis) کی حوضی جانب پر ہوتا ہے اور جس میں داخلی صرغنی عروق اور عجزی اعصاب مدفون ہوتے ہیں۔ (۳) رافع مبرز (levator ani) کا غلاف۔ اس کی عجائی جانب پر کی تہ مبرز می ردا (anal fascia) کے نام سے موسوم ہے، اور حوضی جانب پر کا طبقہ ردا کی حشائی تہ (visceral layer) کہلاتا ہے۔ (۴) مثلث رباط جو ایک لینی بافت ہے جس سے مفتیق مجری بول (constrictor urethrae) گھرا ہوتا ہے اور جو بصلہ قضیب کے لئے ایک محکم چسپیدگی کا کام دیتی ہے (ایلیٹ اسمتھ Elliot Smith:- حشائی غلاف یہ ہیں۔ غدہ قدامیہ (prostate) کا غلاف۔ (۲) ہبل کا غلاف۔ (۳) معائیم کا غلاف۔ ان اعضا کی یہ لینی پوشش جو حوض کے عضلی فرش پر تنگ ہوتے ہیں عضلہ رافع مبرز

(levator ani) کی بالائی سطح پر خشائی نہ سے اور گرد عرق غلافوں سے متحد ہو جاتی ہیں۔ گرد عرق غلافات مندرجہ ذیل ہیں:۔ (۱) وہ لینی بافت جو داخل حوضی (internal iliac) کی خشائی شاخوں — رحمی، مثانی، قدامی (prostatic) اور باسوری (hæmorrhoidal) — اور اعصاب کے حوضی ضغیرہ کے ارد گرد پائی جاتی ہے (اس بافت کے کچھ حصہ کا ذکر حوضی احتشاء کے تعلیقی رباط: suspensory ligament کے نام سے کیا جا چکا ہے — اے۔ ایم۔ پیرسن: A. M. Paterson)۔ (۲) وہ لینی غلاف جو داخل حوضی (internal pudic) عروق کو گھیرے ہوتا ہے جس کے ایک حصہ کو قتال الکاک (Alcock's canal) کہتے ہیں۔

رافع مبرز کا محرابی وتر (arcuate tendon) وہ ساخت ہے جو پہلے خط سفید نام سے بیان کی جاتی تھی۔ یہ لینی بافت کا ایک مضبوط بند ہے جو حوض کی موخر جانب سے ارتفاع کے زیرین کنارہ کے قریب سے لیکر پیچھے کی طرف کو حوض کی اندرونی جانب تک چلا جاتا ہے اور ورکی شوک کے قریب ردائے ساد کی اندرونی سطح پر پہنچ جاتا ہے۔ اس وتری بند سے رافع مبرز کے بہت سے ریشے پیدا ہوتے ہیں۔ تعلیقی یا گرد عرق رباط کو بھی اسی سے بہارا ملتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ اکثر آزاد ہوتا ہے اس لئے محرابی رباط اور ردائے ساد کے درمیان آسانی سے اٹکلی داخل کی جاسکتی ہے۔ اس مقام پر فتق واقع ہو سکتا ہے۔ عضلی اور عرق غلافات اپنے نقطہ تماس پر متحد ہو جاتے ہیں۔ اس طرح حوضی ڈایا فرام اور احتشاء کے ایک دوسرے کے ساتھ بخوبی متحد ہو جانے سے ایک پیچیدہ ساخت بن جاتی ہے۔

505 حوضی احتشاء کی تثبیت اور ان کے حرکات۔ احتشاء حوض کے

اپنے اپنے محل سے ٹل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس امر کا علم کہ یہ کس طرح تثبیت اور اپنی اپنی وضع پر قائم رہتے ہیں کل علاج کا واحد اصل اصول ہے۔ مثلاً اور معائنے ستقیم اور رحم کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ اس طرح واقع ہوں کہ پورا اور خالی ہو سکیں۔ اور ان کا بہارا ایسا ہونا چاہئے کہ یہ ان قوی حرکتوں اور سب قسم کے دباؤ کا مقابلہ کر سکیں جو فعال عضلی اور نفسی مساعی میں تمام احتشاءے شکم کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔ خشائی حرکت کے آزادانہ واقع ہونے کے لئے

جداری حوضی باریکوں ڈھیلا چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن مثانہ اور رحم اور معائے ستقیم پر یہ غشا مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ چنانچہ جب ان احتشاء میں تمدد واقع ہوتا ہے تو یہ جداری باریکوں کے انعکاسات کے زیرِ مصلی بافت کی نہایت ہی ڈھیلی تہ سے چسپیدہ ہونے کی وجہ سے آسانی پھسل سکتے ہیں اور حوض میں سے اوپر کی طرف چڑھ سکتے ہیں۔ ان کے مشمولات کے دفعیہ کے دوران میں حشائی عضلی نظام کو ایک نقطہ ثابت کی ضرورت ہوتی ہے جس پر سہارا لیکر یہ اپنا فعل کر سکے۔ مثانہ کا عضلی نظام عانی قدامی (pubo-prostatic) رباط اور غدہ قدامیہ کے کیسہ کے ذریعہ سے عانین کی پشت اور مثلث رباط سے مثبت ہوتا ہے۔ نیز جانبی صادق مثانی رباطات کے ذریعہ سے یہ عضلہ رافع مبرز کے محرابی رباط کے مقدم حصوں سے جمی چسپیدہ ہوتا ہے۔ مہبل بھی محرابی اور مثلث رباطات سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس لئے وضع محل کے دوران میں یہ رحم کو حوض کے ساتھ بلا واسطہ چسپیدہ کرنے کا کام دیتی ہے۔ قابل مبرز فرش حوض کے وزن کے موخر حصہ میں مثبت ہوتی ہے۔ معائے ستقیم کا قابل مبرز کے ساتھ قسلس پایا جاتا ہے۔ اس کے طولانی عضلی طبقات کے مقدم بند عجائی جسم میں جا کر ختم ہوتے ہیں۔ مزید براں معائے ستقیم اپنے غلاف کے حشائی ردا کی بالائی تہ کے ساتھ (جو عضلہ رافع مبرز کے اوپر ہوتی ہے) مسلسل ہو جانے سے اور عجز اور عصص سے مثبت ہوتی ہے۔ حشائی ردا جو رافعات مبرز کی بالائی یا حوضی سطح کو پوشیدہ کرتی ہے اور جس سے اس طرح ان کے غلاف کا کچھ حصہ بنتا ہے، اور مضبوط گرد عرقی غلافات (جن کو تعلیقی رباطات کہا جاتا ہے) احتشاء حوض کو مندرجہ ذیل طریقہ سے سہارا دیتے ہیں:- اوپر کی طرف یہ حوض کی جانبی دیوار سے رافع مبرز کے لیغی رباط سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ غدہ قدامیہ اور مہبل اور معائے ستقیم کے غلافوں سے متحد ہو جاتے ہیں۔ جب احتشاء اپنی طبعی حالت پر ہوتے ہیں اور رافعات مبرز اپنا فعل کرتے ہیں تو یہ رباطات سہارا بھی دیتے ہیں اور ڈھیلا بھی ہو جاتے ہیں۔ جب حوضی ڈایا فرام کے عضلی سہارے ڈھیلا ہو جاتے ہیں یا ان کو ضرر پہنچ جاتا ہے اور احتشاء اپنے اپنے محل سے ٹل جاتے ہیں تو صرف اس وقت ہی ایسا ہوتا ہے کہ یہ رباطی سہارے اپنا فعل کرتے ہیں۔ اگر حوضی احتشاء مضبوط غلافوں کے ذریعہ سے محفوظ ہوتے تو ان کی زوردار حرکتوں کے دوران میں ان کے اعصاب اور عروق پر بار پڑتا۔ کندھے کے جوڑ میں ایسا ہی ہوتا

یعنی عضلات ہڈیوں کو طبعی وضع پر قائم رکھتے ہیں اور رباط صرف اسی وقت ہی کام کرتے ہیں جب کہ عضلہ کے فعل کی حد سے تجاوز ہو جائے۔

حوض کی زیر مصلی بافت - جو ڈھیلی ڈھالی زیر مصلی بافت باریطون کو

حوضی رداسے چسپیدہ کرتی ہے۔ اس میں خصوصاً عورتوں میں الہتابی عمل واقع ہو جاتا ہے۔ رباطات عریض کے درمیان اور عرق رحم کے ارد گرد اور مہبل کے اطراف پر یہ خاص طور پر بافراط موجود ہوتی ہے اور اس سے گرد رحمی اور نزد رحمی بافت بنتی ہے۔ مہبل اور رحم اسی کی وجہ سے آزادانہ حرکت کر سکتے ہیں۔ الہتابی اعمال اور خراجات اتصالی بافت کے زیر مصلی طبقہ میں سے حوض کے اطراف کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو بمرعت پھیل سکتے ہیں اور حرقنی حفرہ میں اپنچ سکتے ہیں۔ اسی طبقہ میں حالب اور حرقنی عروق واقع ہوتے ہیں اور یہ اپنے اپنے غلافوں میں بند ہوتے ہیں۔ اس تہ میں یعنی عضلی بند بھی پائے جاتے ہیں جن سے رحمی عجری اور مستدیر رباطات بنتے ہیں۔ رحمی عجری رباطات ڈگلس (Douglas) کی جیب کو چاروں طرف سے گھیرے ہوتے ہیں اور مہبل کے بالائی حصہ کو عجری کی ڈھیلی ڈھالی بافت سے وابستہ کرتے ہیں۔ مستیقی مثانی یا مستیقی مہبل جیبوں کی تہ پر باریطون کا جو شکن ہوتا ہے وہ غدہ قدامیہ کے غلاف یا مہبل سے اور عجانی جسم سے یعنی بافت کے اس فاصل کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے جو معائے مستقیم کو اس کے سامنے کی بافتوں سے علیحدہ کرتا ہے۔

باب بست ویکم

عجان

507

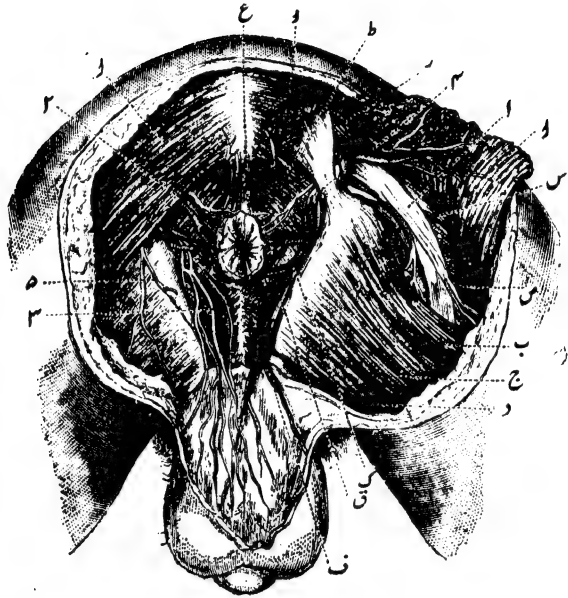
(THE PERINEUM)

مردانہ عجان (شکل ۱۱۲)۔ یہ ایک معین نما فضا ہے جس کے حدود ارتفاق عانہ عانی اور ورکی ہڈیوں کے فروغ، ورکی حدیبہ جات، عظیم عجزی نسائی رابطات، دونوں عظیم الوی عضلات کی کوروں، اور عصص سے بنتے ہیں۔ اگر اس فضا کو عبور کرنا ہو ایک خط ورکی حدیبہ جات کے مقدم سروں کے درمیان اور مبرز کے عین سامنے کھینچا جائے تو وہ عجان کو دو حصوں میں تقسیم کرے گا۔ مقدم حصہ مثلث تراوی الاضلاع کے کسیدر مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تمام اضلاع تقریباً ۳ انچ لمبے ہوتے ہیں، اور اسے مبالغی مثلث (urethral triangle) کہا جاتا ہے۔ موخر حصہ بھی کسیدر مثلث شکل کا ہوتا ہے اور معائے مستقیم اور ورکی مستقیم جھرو جات پر مشتمل ہوتا ہے اور اسے مبرز می مثلث (anal triangle) کہا جاتا ہے۔

عجان کا عظمی ڈھانچہ تمام اطراف سے کم و بیش واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور دبلہ اشخاص میں عظیم عجزی نسائی رابطات عظیم الوی عضلہ کے نیچے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مبرز خط وسطی میں ورکی حدیبہ جات کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس کا مرکز عصص کی نوک سے

تقریباً ۱/۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ سیون (raphe) کا تعاقب جو جلد کا ایک خط ناچیدہ ہے مبرز سے لیکر عجان اور صفن اور قضیب کے خط وسطی کے ساتھ ساتھ کیا جاسکتا ہے۔ اس خط کو کوئی عرق عبور نہیں کرتا اور اس لئے جب کبھی ممکن ہو عجان میں شکاف دینے کے لئے ہمیشہ یہی خط منتخب

508



شکل ۱۱۴۔ مردانہ عجان - (رڈنگر: Rüdinger کے مطابق)

ا۔ الویہ کبرہ۔ ب۔ نیم وتری عضلہ اور ذوراسین۔ ج۔ مقربہ کبرہ۔ د۔ شعیقیہ۔ ه۔ عضلہ اکثرہ۔ و۔ عضلہ سادہ داخل۔ ص۔ عضلہ فموزیر۔ ط۔ رافع مبرز۔ ع۔ خارجی عاصرو۔ ف۔ عضلہ بصلیہ کہفگیہ۔ ق۔ عضلہ ورکیہ کہفگیہ۔ ک۔ عضلہ مستعرضہ عجانہ۔ ۱۔ فائی عصب۔ ۲۔ تحفانی باسوری عروق اور عصب۔ ۳۔ سطحی عجان عروق اور اعصاب۔ ۴۔ حیائی (داخلی حیائی) عصب (کٹا ہوا ہے) اور حیائی شریان۔ ۵۔ ران کے موضعی جلدی عصب کی عجان شاخ۔

باب بست ویم

عجان

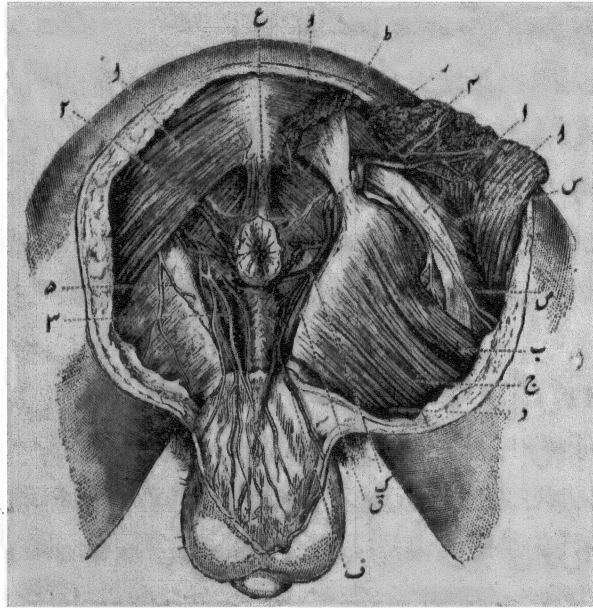
(THE PERINEUM)

507

مردانہ عجان (شکل ۱۱۴)۔ یہ ایک معین نما فضا ہے جس کے حدود ارتفاق عانی، عانی اور ورکی ہڈیوں کے فروغ، ورکی حدیبہ جات، عظیم عجزی نسانی رابطات، دونوں عظیم الوی عضلات کی کوروں، اور عصص سے بنتے ہیں۔ اگر اس فضا کو عبور کرنا ہو ایک خط ورکی حدیبہ جات کے مقدم سروں کے درمیان اور مبرز کے عین سامنے کھینچا جائے تو وہ عجان کو دو حصوں میں تقسیم کرے گا۔ مقدم حصہ مثلث تراوی الاضلاع کے کسقدر مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تمام اضلاع تقریباً ۳ انچ لمبے ہوتے ہیں، اور اسے مبالغی مثلث (urethral triangle) کہا جاتا ہے۔ موخر حصہ بھی کسقدر مثلث شکل کا ہوتا ہے اور معائنے مستقیم اور ورکی مستقیم فروج جات پر مشتمل ہوتا ہے اور اسے مبرز می مثلث (anal triangle) کہا جاتا ہے۔

عجان کا عظمی ڈھانچہ تمام اطراف سے کم و بیش واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور دبلہ اشخاص میں عظیم عجزی نسانی رابطات عظیم الوی عضلہ کے نیچے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مبرز خط وسطی میں ورکی حدیبہ جات کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس کا مرکز عصص کی نوک سے

تقریباً ۱/۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ سیون (raphe) کا تعاقب جو جلد کے ایک خط ناجیدہ ہے مبرز سے لیکر عجان اور صفن اور قضیب کے خط وسطی کے ساتھ ساتھ کیا جاسکتا ہے۔ اس خط کو کوئی عرق عبور نہیں کرتا اور اس لئے جب کبھی ممکن ہو عجان میں شکاف دینے کے لئے ہمیشہ یہی خط منتخب



شکل ۱۱۴۔ مردانہ عجان - (روڈنگر : Rüdinger کے مطابق)

ا۔ اویہ کبیرو۔ ب۔ نیم وتری عضلہ اور ذوراسین۔ ج۔ مقربہ کبیرو۔ د۔ شقیقہ۔ ه۔ عضلہ کثریہ۔ و۔ عضلہ سادہ داخل۔ ص۔ عضلہ مخذیر ربہ۔ ط۔ رافع مبرز۔ ع۔ خارجی ماصرو۔ ف۔ عضلہ بصلیہ کہفگیہ۔ ق۔ عضلہ ورکیہ کہفگیہ۔ ک۔ عضلہ مستعرضہ عجانہ۔ ا۔ نسانی عصب۔ ۲۔ تحفانی باسوری عروق اور عصب۔ ۳۔ سطحی عجانی عروق اور اعصاب۔ ۴۔ حیائی (داخلی حیائی) عصب (کٹا ہوا ہے) اور حیائی شریان۔ ۵۔ ران کے موخر جلدی عصب کی عجانی شاخ۔

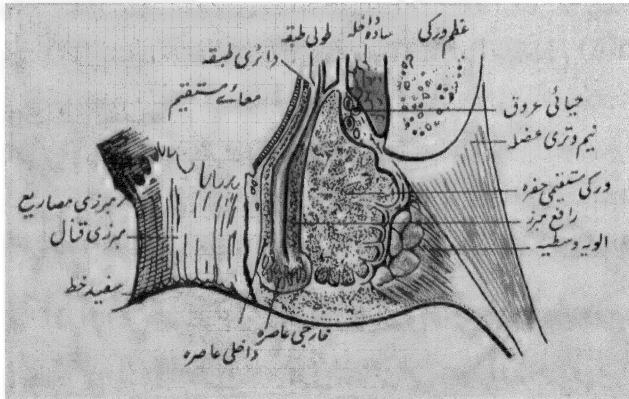
کیا جاتا ہے۔ خط وسطی پر مبرز کے مرکز اور اس مقام کے درمیانی فاصلہ کے عین وسط میں جہاں صحن عجان سے متحد ہوتا ہے عجان کا مرکزی نقطہ ہوتا ہے۔ دونوں استعرق عجانی عضلات اور بصلیہ کہنکلیہ (bulbo-cavernosus) اور رافع مبرز (levator ani) بھی اسی مقام پر ملتے ہیں جو مثلث رباط کی تحتانی کور کے نقطہ وسطی کا بھی متناظر ہوتا ہے۔ بصلہ (bulb) عین اس کے سامنے ہوتا ہے۔ اور اسی طرح وہ ثریان بھی جو بصلہ کو جاتی ہے اس کے سامنے ہوتی ہے، اور اس لیے حصات شکافی میں شکاف کو اس نقطہ کے سامنے سے ہرگز شروع نہ کرنا چاہئے۔ عجانی فضا کہنکلیہ حوض سے عضلات رافع مبرز اور اُن ردائی ساختوں کے ذریعہ سے جو ان سے تعلق رکھتی ہیں علیحدہ ہوتی ہے۔ عجان کی گہرائی کا مطلب جلد اور فرش حوض کا درمیانی فاصلہ ہے۔ اس گہرائی کا انحصار زیادہ تر جلد کے نیچے کی چربی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ مختلف حصوں میں اس میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ عجان کے عقبی اور بیرونی حصوں میں اس کی پیمائش ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتی ہے، اور اس فضا کے مقدم حصوں میں یہ ۱ انچ سے کم ہوتی ہے۔

درکی مستقیم جفرو (ischio-rectal fossa) ہرثمی شکل کا ہوتا ہے۔
اس کا اس رافع مبرز کے زیرین کنارے پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱۵)۔ اور اس کا قاعدہ مبرز اور ورکی حدیبہ (ischial tuberosity) کے درمیان کی جگہ سے بنتا ہے۔ یہ جفرو راس پر ان لیفی تھوں کے اتحاد سے جو اس کی بیرونی اور اندرونی دیوار کی پوشش ہوتی ہیں بند ہوتا ہے اور یہ جوں جوں آگے کی طرف کو جاتا ہے اتھلا ہوتا جاتا ہے اور مثلث رباط کے قاعدہ کے مقابل ختم ہو جاتا ہے۔ آگے سے پیچھے کی طرف کو اس کی پیمائش تقریباً ۲ انچ ہوتی ہے، اور ایک طرف سے دوسری طرف کو اس کا عرض ۱ انچ ہوتا ہے، اور اس کی گہرائی ۲ اور ۳ انچ کے درمیان ہوتی ہے۔ اس کے حدود یہ ہیں:۔ بیرونی جانب پر عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) ہوتا ہے جو اپنی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے، اور داخلی حیائی (internal pudic) عروق اور اعصاب نکالینی غلاف ہوتا ہے (شکل ۱۱۵)۔ اندرونی جانب پر رافع مبرز ہوتا ہے جو مبرز کی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف مثلث رباط کا قاعدہ اور عضلہ مستعرقہ عجانیا (transversus perinei) ہوتا ہے۔ اور پیچھے کی طرف

عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) اور عظیم عجزی نائی رباط (great sacro-pudic) sciatic ligament) اور عضلہ عصصیہ (coccygeus) ہوتے ہیں حیائی (pudic) عروق اور اعصاب (داخلی حیائی: internal pudendal) حدیبہ جاست وکیہ (tuber ischii) کے زیرین کنارہ سے تقریباً ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں۔ اس حفرہ میں چربی کا ایک تودہ موجود ہوتا ہے جو مبرز کے لئے لچکدار تکیہ کے سہارے کا کام دیتا ہے۔ اس شحمی بافت کی نفوذی رسد ناقص ہوتی ہے، اسی وجہ سے اور نیز اس حصہ کے محل کے نیچا ہونے اور مریض کے مندار اور سر دشتوں وغیرہ پر بیٹھنے سے اس کا تکشف ہو جانے سے

اس فضا میں خراج کثیر الوقوع ہوتا ہے (درکی مستقیم خراج ischio-rectal abscess: ان خراجات سے جو تمام اطراف سے گھریے ہوتے ہیں حفرہ جلد پُر ہو جاتا ہے

اور پھر ان کا رجحان دو سمتوں میں جلد صر مزاحمت اقل ہوتی ہے چھوٹ نکلنے کی طرف ہوتا ہے) 510

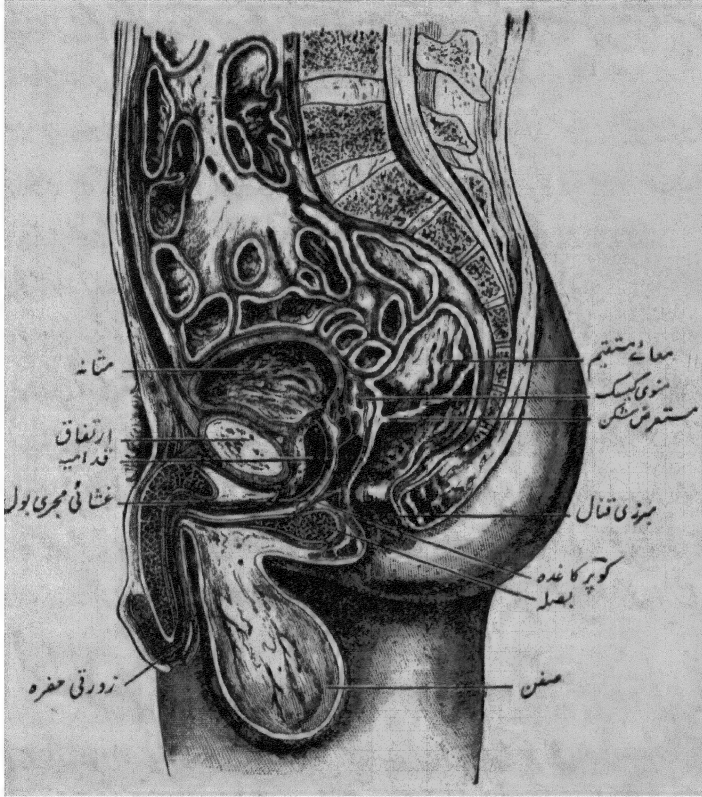


شکل ۱۱۵۔ قنال مبرز اور درکی مستقیم فضا کی تراش۔
(پروفیسر ایلیٹ سمٹہ اور سر چارلس بال کی تصویروں کی ترمیم کر کے بنائی گئی ہے)

یعنی جلد میں سے اور قنال مبرز کی دیوار میں سے۔ جب یہ خراج ان دونوں راستوں سے

فاصلہ پر اندر کی طرف کو گذرتی ہے۔ حیاتی (pudic) شریان کا انتہائی حصہ اس رباط کی مقدمہ
کو ارتفاق سے! ایچ نیچے منتقل کرتا ہے۔ قصبہ کی ظہری و ریدہ حوض میں زیر عانی رباط اور اس

513



شکل ۱۱۶۔ مردانہ حوض کی انتصابی مقدمہ موصوفہ تراش۔

(برائن : Braune -)

مثلث رباط کے راسی حصہ (مستقیم حصہ) کے درمیان سے داخل ہوتی ہے۔ اس کا ظہری عصب

اس ورید کے ساتھ ہی ہوتا ہے (ایلیٹ سمتھ: Elliot Smith)۔ غشائی مجری بول (membranous urethra) کے غیر چھیدہ واقعات میں پیشاب کی وعاء بدری اس رباط کی تھوں کے درمیان کی فضا تک ہی محدود رہتی ہے تا وقتیکہ بعد میں واقع ہونیوالا نتیجہ اپنے نکلنے کے لئے کوئی راستہ نہ پالے۔ اگر یہ وعاء بدری مثلث رباط کے پیچھے واقع ہو اور غدہ قدامیہ (prostate) کا کینہہ مشق ہو تو انصباب پس عانی فضا میں جمع ہو سکتا ہے (ڈینسلی: Deanesley)۔ یا یہ معائے متقیم کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جا کر حوض کی خلوی بافت میں چلا جاتا ہے۔

مثلث رباط کی عمیق یا حوضی جانب پر غدہ قدامیہ (prostate) واقع ہوتا ہے جو اپنے کینہہ اور قدامی وریدی ضمیمہ سے گھرا ہوتا ہے (شکل ۱۱۶ و ۱۱۷)۔ سطح سے لے کر غدہ قدامیہ تک تقطیع کرنے میں جیسا کہ کننگھم (Cunningham) نے اچھی طرح سے بیان کیا ہے ردا ئی اور عضلی بافتوں کے متبادل طبقات ملتے ہیں جن سے کل سات تھیں بنتی ہیں اور وہ یہ ہیں۔
(۱) سطحی ردا - (۲) سطحی عجائی عضلات - (۳) مثلث رباط (مقدمہ)۔ - ماصری ہالی عضلہ (sphincter urethrae muscle) (۵) مثلث رباط (موضرتہ)۔ (۶) عضلہ رافع مبرز۔
(۷) غدہ قدامیہ کا غلاف۔

سنگ مثانہ۔ سنگھائے مثانہ جو پہلے عجائی شکاف سے دور کئے جاتے تھے اب

عام طور پر حصات برآری (litholapaxy) کے علیہ کے ذریعہ سے مجری بول میں سے توڑ کر اور دھوکہ زکمال لئے جاتے ہیں۔ یہ عملیہ چھوٹے لڑکوں میں بھی آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر حصیات اتنے بڑے ہوں کہ توڑے نہ جاسکتے ہوں تو فوق عانی (supraubic) علیہ سرانجام دیا جاتا ہے تاکہ ان کے نکالنے کے لئے کافی جگہ ملے۔

سنگھائے مثانہ کے نکالنے کے لئے جو عملیہ جات بچوں پر کئے جاتے ہیں ان میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ بچوں میں بالنفوں کے مقابلہ میں حوض نسبتاً زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ مثانہ حوضی عضو ہونے کی نسبت زیادہ تر خشکی عضو ہوتا ہے، اور اس لئے مثانہ کی گردن اونچی واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ حشا بہت حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی چسپیدگی بالنفوں کے مثانہ کی نسبت

زیادہ محکم نہیں ہوتی۔ بچوں میں غدہ قدامیہ کم نمویافتہ ہوتا ہے، اور اس لئے مشتانہ کی اصلی گردن کا زیادہ حصہ معرا ہوتا ہے۔ مزید برآں باریطون مشتانہ کی موضوع سطح پر بچوں میں بالنعوں کی نسبت زیادہ نیچے اتر جاتا ہے (دیکھو صفحہ 523)۔

عجانی حصات شنگافی (perineal lithotomy) اور دوسرے

عملیات میں اس راستہ سے مشتانہ کی گردن تک پہنچنے کے لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مشتانہ سطح جسم سے $2\frac{1}{4}$ تا ۳ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے جبکہ جسم حصات شنگافی (lithotomy) کی وضع میں ہو۔ اگر مشتانہ خالی اور معائے مستقیم پر ہو تو غدہ قدامیہ (prostate) اور مثلث (trigone) اور باریطون کا انعکاس سب کے سب اوپر کی اور آگے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ اور اگر مشتانہ پر اور معائے مستقیم خالی ہو تو یہ حرکت سمت مقابل میں ہوتی ہے۔ تسیم اشخاص میں مشتانہ اور باریطون عجبان سے دور ہٹ جاتے ہیں اور لاغرا اشخاص میں اس کے برعکس ہوتا ہے۔

فوق عانی حصات شنگافی (suprapubic lithotomy) - اس

علیہ نے عجانی عملیات کی جگہ لے لی ہے۔ مشتانہ کی چوٹی کو اچھی طرح سے ارتفاع کے اوپر لانے کے لئے مشتانہ اور معائے مستقیم دونوں تسیم کئے جاسکتے ہیں۔ قبل الذکر حنا میں شیر گرم پانی یا محلول بورک (boric lotion) کا اشراب کیا جاتا ہے۔ یہ معلوم کر لیا گیا ہے کہ بالغ میں مطلوبہ تبدیلیاں طوری پر حاصل کرنے کے لئے ۸ تا ۱۰ اونس سیال کافی ہوتا ہے۔ ۵ سال کی عمر کے لڑکے میں مشتانہ میں ۳ اونس پانی کا اشراب کرنے سے باریطون کا انعکاس ارتفاع سے ۱ انچ سے زائد اوپر چڑھ گیا تھا۔ تقریباً ۳ انچ لمبا شنگاف خط وسطیٰ میں ارتفاع کے مین اوپر دیا جاتا ہے۔ اور مشتانہ باریطون کے نیچے معرا کر لیا جاتا ہے، اور ایک ٹپک کے ذریعہ سے نیچے تسیم کر کھول دیا جاتا ہے۔

515

مشتانہ - دوران تبول میں مشتانہ کے عضلی طبقات منقبض ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ عینو

ایک مخروط نما جسم بن جاتا ہے جو مضبوطی سے منقبض ہوتا ہے، اور اس فعل کے اختتام پر اس کی

استری غشا میں شکن پڑ جاتے ہیں، اور اس کا درونہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ تمام حصوں میں انقباض واقع ہوتا ہے مثلت میں بھی اور گنبد میں بھی۔ جب فیمل ختم ہو جاتا ہے تو مشانہ ڈیھلا پڑ جاتا ہے اور اس کا خاکہ مثلت نما ہو جاتا ہے اور یہ حوض کے فرش کے مقدم نصف یعنی ڈایا فرام پر چپٹا پڑا ہوتا ہے، اور اس کا راسی حصہ ارتفاق کی موخر جانب کے بالمقابل اسکے ساتھ ملا ہوتا ہے اس کے بعد یہ بھرنا شروع ہوتا ہے۔ بہت چھوٹے چھوٹے وقفوں کے بعد صر کی دودی لہروں کے ذریعہ سے جو آہستہ آہستہ نیچے کی طرف کو بڑھتی رہتی ہیں پیشاب کے چھوٹے چھوٹے فوارے جالبینی سوراخوں میں سے جو مثلت کے جانبی زواویوں پر واقع ہوتے ہیں بہتے رہتے ہیں۔ جالبین مشانہ کو بھرنے کے لئے آبی پیپوں کا کام دیتے ہیں۔ جالبینی سوراخ مصراع دار ہوتے ہیں، اور ان پر جو مثانی عضلی نظام موجود ہوتا ہے وہ اس طرح فعل کرتا ہے کہ اس کا اثر عاصرا نہ ہوتا ہے، اور اس طرح پیشاب الیٹر رخ میں نہیں جاسکتا۔ جب مشانہ پُر ہو جاتا ہے تو اس کے عضلی طبقات میں ایک متفعلی انقباض یا تنش پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ تمام غیر اختیاری عضلات میں ہوتا ہے مشانہ کی تنش متوازن ہوتی ہے یعنی اس میں باقاعدگی سے زیادتی اور کمی واقع ہوتی رہتی ہے۔ عضلی طبقات معکوس طور پر ڈھیلا پڑ جاتے ہیں اور بڑھتے ہوئے مشمولات کے ساتھ موافقت پیدا کر لیتے ہیں حتیٰ کہ ایک خاص وقت آ جاتا ہے۔ اور یہ وقت وہ ہوتا ہے جبکہ پُری اور بے آرامی محسوس ہوتی ہے۔ پیشاب کے اخراج کو (۱) **مثانی عاصِر (vesical)** sphincter (اندرونی عاصر) کا جو مشانہ کی عنق اور مجری بول کے ابتدائی حصہ کو گھیرے ہوتا ہے غیر اختیاری یا معکوس فعل (شکل ۱۱۷-۱-۱۸) اور (۲) **اختیاری مِمالی عاصِر (urethral sphincter)** جو مثلت رباط کی تہوں کے درمیان ہوتا ہے روکے رکھتا ہے (شکل ۱۱۷-۱۱-۱۲-۱۳)۔ تبول کے فعل کی ابتدا مشانہ کے ارادی منقطع سے (جوشکی اور حوضی عضلی نظام سے مل میں آتا ہے) ہوتی ہے جو مثانی عاصرہ پر غلبہ حاصل کرنے اور مجری بول کے بالائی حصہ میں پیشاب کو دیکھل دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ جب پیشاب مجری بول کے اندر ہوتا ہے تو یہ عاصرات میں ایک معکوس امتناع (inhibition) پیدا کر دیتا ہے اور ساتھ ہی دافع مثانی عضلی نظام کے انقباض میں ہیجان پیدا کر دیتا ہے۔ اس طرح دوران حیات میں مشانہ کی شکل اور اس کے تعلقات ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

جب مثانہ کو کسی غیر شفاف مایوں سے متوسط درجہ تک متمدد کر لیا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے اس کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کی شکل مخروطی دکھائی دیتی ہے۔ اور اس کا راس ارتفاق کے چھپے ہوتا ہے اور اس کا قاعدہ یا اس کی بالائی سطح شکلی اختاد کے دباؤ کی وجہ سے منمن معلوم ہوتی ہے (شکل ۱۱۲ صفحہ ۴۹۰)۔ جوں جوں مثانہ کا تمدد بڑھتا جاتا ہے اس کی چوٹی شکم کی مقدم دیوار سے طتی جاتی ہے۔ نیز اس کی موخر سطح مقدم سطح کی نسبت زیادہ محدب ہو جاتی ہے۔ مقدم جدور پر متمدد مثانہ کی چوٹی کے دباؤ ڈالنے کا یہ رجحان اس عضو کا عاین کے اوپر بزل کفے اور نیز فوق عانی حصات شنگافی (suprapubic lithotomy) میں بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ جب یہ بہت متمدد ہوتا ہے تو بعض اوقات ناف تک پہنچ جاتا ہے، اور کبھی کبھی ڈایا فرام سے بھی چھونے لگتا ہے۔ اس عضو کی معمولی گنجائش تقریباً ایک پائنٹ (pint) ہے، لیکن جب یہ بالکل پُر ہوتا ہے تو اس میں سے چند کوارٹ (quarts) بھی نکل سکتے ہیں۔ جب مثانہ اور معائے مستقیم دونوں خالی ہوتے ہیں تو مثانہ کا راس اور باریطون کا گرد مثانی انعکاس ارتفاق عانہ کے بالائی حاشیہ سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ جب مثانہ عاین سے اوپر چڑھتا ہے تو یہ جدور سے مصلی غشا کو علیحدہ کر دیتا ہے اور جو تہ اس طرح اوپر اٹھ جاتی ہے اس سے مثانہ کی مقدم سطح کے بالائی حصہ اور جدور کے درمیان ایک تہ انبان یا باریطون کا ایک شکن بن جاتا ہے۔ جب مثانہ کا راس عاین سے ۲ انچ اوپر ہوتا ہے تو باریطون کا انعکاس انہی ہڈیوں سے ۲ انچ سے زیادہ اوپر نہیں ہوتا۔ جب مثانہ کا راس ناف اور عاین کے وسط میں ہوتا ہے تو خط وسطی پر ارتفاق سے عین اوپر ۲ انچ (اتصال) رخ میں مقدم شکمی دیوار باریطونی استر سے معرا ہوتی ہے۔ چنانچہ متمدد مثانہ کا بزل عاین کے اوپر سے باریطون کو زخمی کئے بغیر کیا جاسکتا ہے، مگر ہمیشہ ایسا نہیں کیا جاسکتا (آر۔ تھامپسن : R. Thompson)۔ جب مثانہ متمدد ہو جاتا ہے تو یہ نہ صرف اوپر اٹھ کر شکم کی میٹھی میں چلا جاتا ہے بلکہ یہ عجان کی طرف بھی سہل جاتا ہے اور قداری اور غشائی مجھری بول کے طول کو کم کر دیتا ہے۔ مثانہ کی مقدم سطح اور ارتفاق کے درمیان اور اوپر کی طرف سے باریطون سے بند پس عانی (retropubic) یا پیش مثانی (prevesical) فضا ہوتی ہے جس میں ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے (شکل ۱۱۷)۔ جب مثانہ پُر ہو جاتا ہے تو اسی بافت کے ڈھیلے پن کی وجہ سے آسانی اور چرچرہ جاتا ہے۔ حوض اور مثانہ کے سامنے کے حصوں کے ضربات میں اس بافت کی

ایک منتشر التباب پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس کی وسعت بعض اوقات خطرناک حد و تک پہنچ جاتی ہے۔ عجان تک پس باریلینی خراج کی توسیع اُن ردائی انکسارات سے محدود رہتی ہے جو عانی قدامی اور جانبی مثنانی رابطات سے بنتے ہیں۔

مثنانہ اگرچہ ایک کافی حد تک مثبت ہوتا ہے مگر یہ اربی اور مخدئی اور مہلی فتوق میں بھی کم نہیں پایا جاتا۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اس کی گردن (مرد میں) اُس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو آگے سے پیچھے کی طرف کو ارتفائی کے وسطی حصہ کے ذریعے سے کھینچا جائے۔ اور یہ اس مفصل سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ (۳ سنٹی میٹر) پیچھے ہوتی ہے۔ لیکن اس کی وضع مثنانہ کی پُری اور معائنے مستقیم کی حالت کے لحاظ سے بدلتی رہتی ہے۔

باریلینوں سے مثنانہ کے تعلقات۔ عانی سطح باریلینوں سے مکمل طور پر معزلاتی

518

ہے، اور فوقانی سطح اس غشاء سے تمام پوشیدہ ہوتی ہے۔ اطراف پر منطس زیر معدی (obliterated hypogastric) شریانون کے سامنے کی طرف یا ان کے نیچے باریلینوں نہیں ہوتا۔ مثنانہ کی مضر جانب پر مصلی غنائیچے کی طرف اس متعرض خط تک چلی جاتی ہے جو دونوں منوی کیسکوں (seminal vesicles) کے بالائی حصہ کو ملاتا ہے، اس لئے ان کیسکوں کے بالائی سرے سے باریلینوں سے ڈنکے ہوتے ہیں۔ باریلینوں کی اس مستقیم مثنانی جیب کا پھیلاؤ مبرز سے تین انچ سے کم فاصلہ تک چلا آتا ہے، اور یہ اس خط سے نیچے نہیں اترتی جو غدہ قدامیہ کے قاعدہ سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر کھینچا جائے۔ ہارنسن کریپس (Harrison Cripps) نے مبرز اور اس جیب کا درمیانی فاصلہ مثنانہ اور معائنے مستقیم دونوں کے خالی ہونے کی حالت میں $\frac{1}{4}$ انچ، اور ان دونوں احتواء کے متدر ہونے کی حالت میں $\frac{3}{4}$ انچ بیان کیا ہے۔ (دیکھیوچوں کا مثنانہ صفحہ 522)۔

مثنانہ کا کچھ کا براستہ معائنے مستقیم۔ مثنانہ کا قاعدہ معائنے مستقیم کے زیرین

حصہ سے ملا ہوتا ہے مگر یہ دونوں احتواء ایک باریک لینی فیصل (مستقیم مثنانی) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ معائنے مستقیم سے مثنانہ کا جو رقبہ ملا ہوتا ہے وہ مثلث شکل کا ہوتا ہے۔ اس کا قاعدہ غدہ قدامیہ سے بنتا ہے، اور اس کے اطراف منفرج منوی کیسکوں (seminal vesicles) سے

بنتے ہیں، اور قاعدہ باریطون کے مستقیم مثنائی شکل سے بنا ہوتا ہے۔ ٹریلٹ مساوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور تقطیع شدہ نمونہ میں اس کی تمام طرفیں تقریباً پانچ لمبی ہوتی ہیں۔ یہ اس مثلث (trigone) کی منظر ہوتی ہے جو اس حشا کے اندر پائی جاتی ہے۔ جب یہ عملیہ راستہ معائنہ مقیم سرانجام دیا جاتا ہے تو اسی مثلث میں سے اور جہانک ممکن ہو سکے غدہ قدامیہ کے قریب سے مثنائے کا بزل کیا جاتا ہے۔ جب یہ عضو متمد ہو جاتا ہے تو باریطون کا مستقیم مثنائی شکل اوپر اٹھ جاتا ہے اور مبزر سے اور بھی دور چلا جاتا ہے۔

مثنائے کا انشقاق (rupture of the bladder)۔ مثنائے شکم کی دلوں

کو چوٹ لگنے سے حوض میں کس واقع ہونے یا چوٹ کی خارجی علامت نمودار ہونے کے بغیر بھی منشق ہو جاتا ہے۔ مگر اس قسم کے انشقاق کا خالی مثنائے میں واقع ہونا مشکل ہے۔ حادثہ کے وقت پر اس کا متمد ہونا یا پُر ہونا ضروری ہے۔ مثنائے کی مقدم سطح پر انشقاق بہت ہی کم واقع ہوتا ہے۔ دریدگی قاعدۃ فوقانی یا شکمی سطح میں نمودار ہوتی ہے اور باریطون بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ یہ چوٹ اس لئے بہت ہی مہلک ثابت ہوتی ہے (۸)، واقعات میں سے ۷ کو شفا ہوئی (مثنائی انشقاق کی بعض حالتوں میں جراح نے شکم کو کھول کر اس حشا کی دریدگی کو مکمل کامیابی سے ٹانگے لگائے ہیں۔ مثنائے حوض کے کسور میں ہڈی کے ٹکڑوں سے یا معائنہ مستقیم یا ہسبل کے راستہ سے چوٹ لگنے سے منشق ہو سکتا ہے۔ یہ حشا اجتماع بول سے بھی منشق ہو سکتا ہے جیسا کہ بعض شیرخوار بچوں میں مجری بول کے خلعی طور پر بند ہونے کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رائٹ کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں "ایک عورت کے مثنائے کی تجہیز و ترمیم جو اعتبار بول کی طرف توجہ نہ کرنے سے مالب کے مدخل کے قریب سے پھٹ گیا تھا" مردوں میں تفصیق کے غیر ملتفت واقعات میں مثنائے کی جگہ مجری بول پھٹتا ہے، اور پیشاب کی وعادی تھان میں ہو جاتی ہے۔ مثنائے کا چھوٹا سا کچھ کا مثلاً وہ جو ایک مبزل سے بنتا ہے اس کی عضلی دیواروں کے انقباض سے فوراً بند ہو جاتا ہے۔

مثنائے غشائے مخاطی بہت ڈھیلی ہوتی ہے، تاکہ یہ اس کی جسامت کے مختلف

تغیرات سے موافقت پیدا کر سکے، مگر مثلث (trigone) کے اوپر یہ مضبوطی منضم ہوتی ہے۔ اور اگر ایسا نہ ہوتا تو دھیمی غشائے مخاطی دوران ہبول میں مہالی سوراخ میں ہمیشہ اس طرح سقوط ہو جاتی کہ مثانہ کی گردن سدود ہو جاتی۔ جب مثانہ کی غشائے مخاطی کا امتحان مثانہ بین (cystoscope) سے کیا جاتا ہے تو یہ مثانہ کے خالی ہونے کی حالت میں سرخ اور متلی اور اس کے پُر ہونے کی حالت میں خفیف سی زرد اور عذیم الدم دکھائی دیتی ہے (نیو مین: Newman)۔ مثلث (trigone) تین سوراخوں سے محدود ہوتی ہے جو مجری بول اور حالبین کے لئے ہوتے ہیں، اور یہ تیسرا وی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور اس کی تمام طرفیں پانچ لمبی ہوتی ہیں۔ الہا مثانہ (cystitis) کے اثرات یہیں نہایت نمایاں ہوتے ہیں اور اس مثلث کے اوپر کی غشائے مخاطی کی سختی سے اُن شدید علامات کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے جو اس ساخت کے حادثہ التهاب سے پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں مجری بول کا سوراخ مثانہ کا سب سے نیچا حصہ ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حصات مثلث کی طرف آجاتے ہیں، اور اندوہ مثانہ کے اس حصہ میں ان کے خراش پیدا کرنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس خشا میں جو احجام غریبہ موجود ہوتے ہیں ان پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ مثلث اور گردن پر کی غشائے مخاطی بہت حساس ہوتی ہے، مگر مثانہ کے بقیہ حصہ کے بطون کی معمولی حس خاص طور پر ناقص ہوتی ہے۔ ساؤنڈ (sound) اور قاسا طیر گذارتے وقت یہ امر بخوبی معلوم کیا جاسکتا ہے۔

520

مثانہ کے اعصاب زیر معدی (hypogastric) ضغیرہ کے کچھ حصہ سے آتے ہیں زیر معدی ضغیرہ اعصاب کے دو مختلف گروہوں سے بنتا ہے۔ اوپر کا گروہ بالائی قطنی شوکی جڑوں سے شروع ہوتا ہے اور مشارکی کے راستہ سے تحتانی ماساریقی عقدوں تک چلا آتا ہے۔ یہاں سے زیر معدی اعصاب پیدا ہوتے ہیں، اور مشترک حرقفی شریانوں کے ساتھ سے گذر کر زیر معدی ضغیرہ تک چلے جاتے ہیں۔ نیچے کا گروہ نیچے کی دو مجری شوکی جڑوں کی شاخوں سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ شاخیں دونوں طرف مکر حوضی (pelvic) عصب بناتی ہیں۔ اور حوضی عصب تقریباً وہیں شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو زیر معدی ضغیرہ کو چلی جاتی ہیں۔ اگرچہ بالائی گروہ کے اطرافنی سروں (قطنی جڑوں) اور زیر معدی اعصاب کا ہیجان مثانہ اور اس کے دہنہ پر اثرات پیدا کرتا ہے لیکن ان کے استیصال کے بعد ببول کا عمل طبعی طور پر سر انجام پاسکتا ہے۔ لہذا جراحی متعلق

خف نیچے کے گردہ ہی سے ہے۔ اعصاب کے قطعی گزروہ سے اوپر یا نیچے حوضی اعصاب یا دونوں طرف کی جھری قطعی جواؤں کے کٹنے، یا جھل شوکی کی مکمل مستعرض تراش سے ہمیشہ اعتبار بول معہ بیش بہاؤ کے پیدا ہو جاتا ہے۔ حوضی اعصاب کے کٹنے اور جھل شوکی کی عبوری تراش سے پیشاب بعض اوقات کچھ عرصہ کے بعد وقفوں پر آنے لگتا ہے، لیکن بقیہ پیشاب کی ہمیشہ بہت سی مقدار موجود رہتی ہے۔ حوضی اعصاب کو بعض اوقات دوران وضع محل میں ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اس حالت میں مذکورہ عدم استطاعت مزہ، عارضی ہوتی ہے۔ بعض حوضی عملہ جات اور خاکسکر معائنے تنقیہ کے استیصال میں دونوں حوضی اعصاب بعض اوقات کٹ جاتے ہیں اور اسکے اثرات مستقل باقی رہتے ہیں۔

شانہ کے عضلی طبقہ میں ریشے بندلوں کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں جو تمام سمتوں میں گھٹے ہوتے ہیں۔ جب یہ مشابیش پروردہ ہو جاتا ہے تو یہ بندل بہت نمایاں ہو جاتے ہیں، اور ان سے وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو مثانہ محرم (fasciculated bladder) کے نام سے مشہور ہے۔ اس کا مطلب صرف یہ ہے کہ شانہ کے عضلہ پر کسی ایسی رکاوٹ کو رفع کرنے کے لئے جو پیشاب کے راستہ میں حائل ہو بیجا بار پڑتا ہے، اور اس کی جسامت زیادہ ہو جاتی ہے جیسا کہ ان دوسرے عضلات میں بھی ہوتا ہے جن پر زیادہ بار پڑتا ہے، اور اس زیادتی سے الف۔ س۔ رادی بندلوں کی ترتیب نمایاں ہو جاتی ہے۔ تمدد سے غٹائے مخاطی کو عضلی ریشوں کے درمیان سے ابھر آتی ہے، اور اس طرح تاجیک بن جاتے ہیں اور وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو تاجیک دارم شانہ (sacculated bladder) کے نام سے مشہور ہے بعض حالتوں میں مدور خاکسکر ایک حصہ جواب دے دیتے ہیں، اور ایک بڑا سا تاجیک بن جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا تاجیک پیدا ہو سکتا ہے جو کچھ عرصہ کے بعد بعض اوقات تقریباً شانہ کے برابر ہی بڑا ہو جاتا ہے، اور اس سے مثانہ مضاعف (double bladder) وغیرہ کی مناسطہ انگیر حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

حالبین اس خشکی عضلی دیوار میں تقریباً آٹھ انچ تک چلے جاتے ہیں، اور ان کا ترجمہ اور ترقب و جوار کے مثانی عضلی نظام کا فعل شانہ سے پیشاب کی بازروی کو روکے رکھتا ہے۔

حالب کے اختتام کو کوئی دائری عضلی ریشہ گھیرے نہیں ہوتے۔ اور اس سوراخ کی حفاظت کرکے لئے عضلہ عاصہ کی طرح کی کوئی شے نہیں ہوتی (ٹی۔ ایچ۔ سی بینینس: T. H. C. Benians)۔

مٹانہ بین کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ دکھائی دیتا ہے کہ ہر ایک حالب ایک منڈ میں ایک یا دو دفعہ مقبض ہوتا ہے، اور پشیاہ کی ایک چھوٹی سی دھار مٹانہ میں داخل ہو جاتی ہے۔ ان دھاروں کے داخل ہونے کے درمیانی عرصہ میں حالبین سوراخ دروں مٹانی دباؤ سے بند رہتے ہیں۔ اگر حالب چھوٹا ہو جائے جیسا کہ یہ اس حالت میں ہو جاتا ہے جب کہ یہ تدریجی قمع کا محسوس ہو تو حالب کا مٹانی سوراخ باہر کی طرف کھینچ جاتا ہے۔ اس کی خستائے مغالطی ڈھیلی چسپیدہ ہوتی ہے، اور یہ پانچ دراجسم کی شکل میں بعض اوقات مٹانہ میں مستوی ہو جاتی ہے۔ احتباس کی حالت میں حالبین قمع ہو جاتے ہیں، لیکن یہ اتساع مٹانہ سے پشیاہ کی بازروی واقع ہونے کی بجائے زیادہ تر ان میں پشیاہ کے جمع ہونے سے ہوتا ہے۔ عضلہ کا ایک ایک بند حالب کے خلاف سے لیکر مثلث کی ہر ایک طرف کے ساتھ ساتھ مجری بول کے اندرونی بولی منفذ کی طرف جاتا ہے (عضلہ بیل: Bell's muscle)۔ اور ایک اور بند (سلاخ مرسیہ: Mercier's bar) قاعدہ پر سے حالبین دھنوں کو ملاتا ہے۔ یہ بند حالبین دھنوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتے ہیں جب کہ مٹانہ پُر ہوتا ہے، اور مصراعی میکانسم کی محافظت کرتے ہیں (رائٹ: Wright اور بینینس: Benians)۔ سرٹیس مٹانہ سے لیکر حالب تک اور حالب سے لیکر گردہ کے حوض تک باسانی پھیل جاتی ہیں۔ اور حالب کا مصراعی سوراخ ان کے لئے کوئی رکاوٹ پیش نہیں کرتا۔

522

ترمانہ مٹانہ کی گردن مردانہ مٹانہ کی نسبت ارتفاع سے ذرا زیادہ نزدیک واقع ہوتی ہے، اور یہ اُس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو ارتفاع کے نیچے کے کنارہ سے پیچھے کی طرف کو کھینچا جائے۔ غدہ قدامیہ کی عدم موجودگی کی وجہ سے مٹانہ کی گردن بہت تمدد پذیر ہوتی ہے، اور جب اس امر پر مجری بول کے قعر اور اس کی اتساع پذیری کے ساتھ غور کیا جاتا ہے تو اس سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ اسی وجہ سے اکثر حصیات کاٹنے کے بغیر ہی چھٹی سے نکالے جاسکتے ہیں۔ صرف اتساع ہی سے ۳ انچ قطر کے پیچہ نکالے جاسکتے ہیں۔ قمع مجری بول میں سے حالبین کے سوراخ دیکھے جاسکتے ہیں اور ان کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ مٹانہ اور مہبل کے قریبی تعلق کی وجہ سے قبل الذکر کا امتحان موخر الذکر راستہ سے کیا جاسکتا ہے، اور ان کی فارق دیوار کا مقابلاً

باریک ہونا مثانی مہلبی ناسور کی کثرت وقوع کی نوید دیتا ہے۔

حالب کا سورخ عنق الرحم سے سنٹنی میز کے اور مجری بول کے مثانی فقہ سے سنٹنی میز کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ حالب کا جو قریبی نعلی عنق الرحم سے ہوتا ہے اس کی وجہ سے اس کے فوق مہلبی میز میں اور رحم کے بعض عملیات میں اس کو خطر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

بچہ میں مثانہ بیضوی شکل کا ہوتا ہے، اور اس کا انقباضی محور بالغ کے مثانہ سے

نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اس بیضوی کہنے کے بڑے سرے (قاعدہ یا قعر) کا رخ نیچے کی اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ قاعدہ تقریباً چوتھے سال میں نمودار ہوتا ہے، اور جنسی عمل اختیار کرتا ہے (Birmingham: منقلم)۔ چونکہ حوض چھوٹا اور بہت اٹھلا ہوتا ہے اس لئے اس حشا کا زیادہ حصہ شکم ہی میں واقع ہوتا ہے۔ کم عمر بچہ کے مثانہ کا حصات معائنے ستقیم میں اٹکی ڈال کر اور ایک تھ نکل کی مقدم دیوار پر رکھ کر دو دستی امتحان کرنے سے اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بوقت پیدائش مجری بول کا سورخ ارتفاق کی اوپر کی کور کے لیول پر ہوتا ہے۔ اگرچہ مثانہ شکم میں اس آزادی سے نقلیل کرتا ہے لیکن باوجود اس کے اس کی عانی دیوار باریطون سے ہماہ معرا ہوتی ہے۔ موصوف دیوار پر مصلی غشا بالفون کی نسبت زیادہ نیچے تک چلی جاتی ہے، اور بوقت پیدائش یہ ممالی سورخ تک اور کم عمر لڑکوں میں غده قدامیہ کے لیول تک پہنچتی ہے۔ بچوں میں غده قدامیہ نہایت ہی چھوٹا ہوتا ہے۔ تھامپسن (Thompson) بیان کرتا ہے کہ ۷ سال کی عمر میں اس کا وزن ۳۰ گرام ہوتا ہے، اور ۱۸ اور ۲۰ سال کے درمیان کی عمر کے موضوعات میں اس کا وزن ۵۰ گرام ہوتا ہے۔

غده قدامیہ (prostate)۔ غده قدامیہ ارتفاق عانہ سے تقریباً ۱/۲ انچ

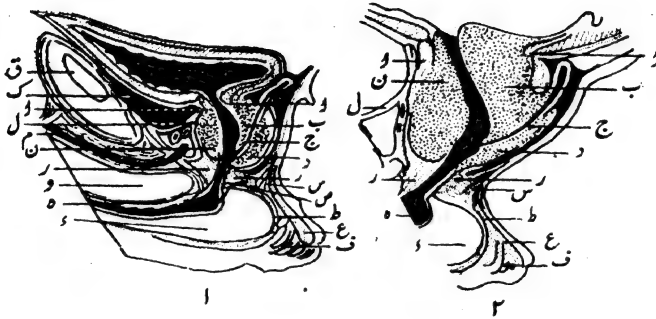
نیچے واقع ہوتا ہے، اور قنال مبرز سے اوپر معائنے ستقیم پر ممکن ہوتا ہے (شکل ۱۱۶)۔ لہذا مبرز سے یہ ۱/۲ تا ۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کا امتحان رودہ کی طرف سے باسانی کیا جاسکتا ہے۔ غده قدامیہ دو جانبی لغتوں سے مرکب ہوتا ہے جو مجری بول کے آگے کی طرف ایک غانی ملتقہ (pubic commissure) سے (شکل ۱۱) اور اس کے پیچھے کی طرف دو اور ملتقوں سے متحد ہوتے ہیں، بن میں سے ایک (وسطی ملتقہ: median commissure) مشترک قاذف

قنوات (common ejaculatory ducts) کے اوپر واقع ہوتا ہے اور ایک (مستقیم) ملتقہ (rectal commissure) ان تینوں کے نیچے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱ء - ب - ۵)۔ جس حصہ کا نام یہاں وسطی ملتقہ بیان کیا گیا ہے وہ پہلے وسطی لختہ (median lobe) کے نام سے مشہور تھا۔ یہ ایسا نام ہے جس سے مغالطہ کا احتمال ہے کیونکہ یہ علحدہ لختہ نہیں ہے بلکہ جیسا کہ پہلے واضح کیا جا چکا ہے دو جانبی لختوں کا صرف مقام اتحاد ہے۔ ہر ایک غندہ کثیر التعداد شاخدار انبوی غدد (tubular glands) سے بنا ہوتا ہے جو غیر مخطوط عضلہ اور لینی بافت میں مدفون ہوتے ہیں، اور انہی سے گھیرے ہوتے ہیں۔ یہ غد مجری بول ہیں۔ خاص کر قدامی جو فوں میں۔ جا کر ختم ہوتے ہیں، لیکن ان کے افراز کا استعمال معلوم نہیں۔ یہ افراز طویل اور بہت تنگ قناتوں کے ذریعہ سے باہر نکلتا ہے جو مجری بول کے قدامی صہ میں کھلتی ہیں۔ قدامی غراش کی بعض قسموں میں پیشاب میں چھوٹے چھوٹے سفید غیر شفاف تانگے پائے جاتے ہیں، جو روئی کے چھوٹے چھوٹے کڑلوں سے بہت مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ قدامی قناتوں کے حقیقی سبب تک ہوتے ہیں۔

غده قدامیہ کا کیسہ (capsule of the prostate) - کلانی یا فیتہ

غده قدامیہ کی تدبیر علاج کی حیثیت سے جو کامیابی انقاف (enucleation) میں ہوتی ہے اس کی وجہ سے حال ہی میں اس غده کی غلافی ساختوں کے متعلق بہت کچھ بحث ہوئی ہے۔ کیسہ (capsule) کی اصطلاح اس غده کے وسطی لینی عضلی طبقہ کے لئے تجویز کی گئی ہے، اور غلاف (sheath) کی اصطلاح اس کو ملفوف کرنے والی اس سفی ساخت کے لئے اختیار کی گئی ہے جو حوضی ردا سے مشتق ہوتی ہے۔ انقاف (enucleation) کرتے وقت غده بالعموم کیسہ کے اندر سے نکالا جاتا ہے۔ غلاف (sheath) کیسہ کے ساتھ صرف ایک مقام یعنی تدم یا عانی سطح پر ہی مضبوطی منضم ہوتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔ چونکہ غده قدامیہ کا قاعدہ مثانہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے، اور یہ غلاف سے معرا ہوتا ہے، اور باقی تمام مقامات پر یہ اس میں بند ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مثانہ کی طرف سے غلاف میں باسانی داخل ہو سکتے ہیں، اور غده کا انقاف کر سکتے ہیں (شکل ۱۱ء - ب)۔ غده قدامیہ کا راس مبابی حاصرہ (sphincter urethrae) چپکن ہوتا ہے، اور اس کی طرفیں رافع مبرز کے عانی مستقیم

(عانی عصعصی) ریشوں کے ساتھ ملی ہوتی ہیں۔ اس لئے غده قدامیہ کا غلاف (sheath) ان دونوں عضلات کے ہم پہلو غلافوں سے متحد ہوتا ہے۔ وریدوں کا قدامی ضغیرہ جس میں مثانی وریدی، قضیب کی ظہری وریدی کی معاون اور ربلی شاخیں، داخلی حیانی (internal pudic) (حیانی) اور ساد وریدی (obturator veins) آکر ملتی ہیں اس لینی بافت میں واقع ہوتا ہے جو غده قدامیہ اور عضلہ رافع مبرز کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ان وریدوں کے باہر کی طرف کی بافت غلاف (sheath) تصور کی جاتی ہے، اور اندر کی طرف کی کیسہ



نشل ۱۱ء - ۱ - طبعی غده قدامیہ کی وسطی تراش - ۲ - کلانی یافتہ غده قدامیہ کی ویسی ہی تراش -

۱-۱ - عاصو مثانہ - ج - وسطی لٹقہ - ج - مشترک قاذف قنات - د - مستقیم لٹقہ - مرہم - مہالی عاصو - س - مستقیم مہالی عضلہ - ص - غده کوپرہ - ط - بصلہ کہنکیہ - ح - مبرز کا داخلی عاصو - ف - مبرز کا خارجی عاصو - ق - ارتفاع مانہ - ک - پس عانی فضا - ل - عانی قدامی رباط اور غده قدامیہ کا غلاف - یر - قضیب کی ظہری ورید - ن - عانی لٹقہ - و - کہنکی جسم - ہ - مجری لٹ - ۶ - بصلہ -

(capsule) سمجھی جاتی ہے۔ غده قدامیہ کا غلاف موخر یا تنقیمی جانب پر مستقیم ثنائی فاصل (recto-vesical septum) سے بنتا ہے۔

غده قدامیہ کے عروق لمف جن کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے غده کے اس گروہ میں جا کر ملتے ہیں جو حوض کی دیوار پر خارجی اور داخلی حرقنی شریانوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

غده قدامیہ کا خراج بالعموم مجری بول میں پھیلتا ہے کیونکہ اس سمت میں

سب سے کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ اگر یہ مجری بول میں داخل نہ ہوگا تو یہ غالباً معائے مستقیم میں کھلیگا، کیونکہ ان دونوں اعضا کے درمیان صرف مستقیم ثنائی فاصل ہی موجود ہوتا ہے۔ اس غده کے ایک سخت غشائیں یوں ملفوف ہونے سے کسی حد تک اس درد کی توجیہ ہوتی ہے جو حاد قدامی خراجات میں محسوس ہوتا ہے۔ حاد التهاب قدامیہ (acute prostatitis) میں رد بعید آخری پسلی کی نوک پر (دسوال نہری عصب)، موخر حرقنی شوکر پر (گیارہواں نہری عصب)، اور نیز پاؤں کے تلووں پر (تیسرا مجری عصب) بھی منسوب ہوتا ہے۔ غده قدامیہ کی عصبی ریسہ نیچے کے تین نہری اور اوپر کے تین مجری قطعات سے حاصل ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بعید درد کی تقسیم اس قدر وسیع ہوتی ہے (Head: -)

غده قدامیہ کی پیش پرورش۔ طبی غده قدامیہ کی اوسط پائش عریض ترین

حصہ پر ۱ انچ اور آگے سے پیچھے کو یا اس سے قاعدہ تک ۱ انچ ہوتی ہے۔ ۵۳ سال کی عمر کے بعد اس عضو کے پیش پروردہ ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور سر بنہری تھا پیسن (Sir Henry Thompson) کی رائے یہ ہے کہ جب اس غده کی پائش ایک طرف سے دوسری طرف کو ۲ انچ ہو، یا جب اس کا وزن ۱ اونس یا اس سے زائد ہو، تو یہ کہا جاسکتا ہے کہ پیش پرورش موجود ہے۔ غده قدامیہ کا معمولی وزن ۱۰ اونس ہوتا ہے۔ اگر کلائی زیادہ تر جانبی حصوں پر واقع ہوئی ہو تو یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ پیش پرورش احتباس بول پیدا کرنے کے بغیر معتد البعاد تک پہنچ سکتی ہے۔ بخلاف اس کے وسطی ملقمہ (median commissure) (تیسرے لختہ) کی نسبت کم کلائی بھی بتول میں خلل انداز ہو سکتی ہے۔ جب یہ حصہ کلائی یافتہ ہو جاتا ہے تو مبالغہ سوراخ میں سے یہ متانہ کے

اندر گھس جاتا ہے، اور مثانی عاصروہ (sphincter vesicae) کو قسح کر دیتا ہے۔ مگر تنہا کلاخل غالباً میرکافی نہیں ہوتا، کیونکہ اکیلا اس لختہ کو دور کرنے سے صورت حالات بہتر نہیں ہوتی (فصل ۳۱۱۷)۔ اگر کلاخی کا عارضہ عمومی ہو تو قدامی مہال کا طول بڑھ جاتا ہے۔ اور اگر ایک جانبی لختہ دوسرے کی نسبت زیادہ کلاخی یافتہ ہو تو قدامی مہال ایک طرف کو منحرف ہو جاتی ہے۔ اور جب کلاخی خاص طور پر وسطی ملتقہ (median commissure) میں واقع ہوتی ہے تو قدامی مہال جو طبعی طور پر تقریباً سیدھا ہوتا ہے معذبہ حد تک منحنی ہو جاتا ہے، اور یہ انحناء بعض اوقات بہت عادی ہوتا ہے۔ یہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ اکیلے وسطی ملتقہ کی کلاخی مستقیم امتحان سے مشکل ہی سے شناخت کی جا سکتی ہے۔ یہ لی و وسطی ملتقہ جب شانہ کے اندر کی طرف سے دیکھا جاتا ہے تو یہ ایک نمایاں بالید کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جو بخوبی مدور یا سا قہ دار یا بے سا قہ ہوتی ہے۔

قد امیہ برآری (prostatectomy) کے عمل میں یہ نہایت تکلیف دہ تودہ ایک فوق عانی شگاف دیکر نکالا جاتا ہے۔ جراح اس غدہ اور قدامی مہال کا انقاف کیسے کے اندر سے اٹھکی کے ذریعہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد کیس میں ایک بند فضا رہ جاتی ہے جو پہلے خون اور پیشاب سے پُر رہتی ہے اور بعد میں اس کے منقبض ہو جانے سے جدید مجھری بول بن جاتا ہے۔ مجھری بول کے قدامی حصہ کے تباہ ہو جانیکے باوجود مریض فعل تنہا پر جلد قابو حاصل کر لیتا ہے۔ مہالی عاصروہ (sphincter urethrae) کو ضرر نہیں پہنچتا۔

غدہ قدامیہ ایک صنفی عضو ہے، اور اس کی جسامت اور اس کے نمو کا انحصار خصیتین کی موجودگی اور ان کی فعالیت پر ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں اخصا (castration) اس کے نمو کو روک دیتا ہے، یا اگر یہ پہلے سے نمو یافتہ ہو تو اس میں ذبول پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن جب یہ علیہ صنفی زندگی کے مکمل نمو کے بعد کیا جاتا ہے تو یہ امر صرف جزوی طور پر ہی صحیح ثابت ہوتا ہے۔ ایک خصیہ کو نکال دینے سے صرف جزوی ذبول ہی پیدا ہوتا ہے، لیکن قنواست ناقظہ (vasa deferentia) کو کاٹ دینے سے عام طور پر کوئی اثر ظاہر نہیں ہوتا (سی - ولیسیس - (C. Wallace:

مردانہ مہال (male urethra) کا طول تقریباً ۱۰ انچ (۲۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے، اس میں سے ۱۱ انچ قدامی مہال، ۳ انچ غشائی مہال اور ۱/۲ انچ قضیبی یا سفلی مہال

(گہلی) حصہ ہوتا ہے۔ ۴ اور ۶ سال کی عمر کے درمیان اس کا طول ۸ تا ۹ سنٹی میٹر ہوتا ہے اور ۱۰ اور ۱۳ سال کی عمر کے درمیان ۱۰ تا ۱۱ سنٹی میٹر۔ یہ قنال حوضی حصہ جو نسبتاً مثبت ہوتا ہے اور عجمانی اور قصبی یا حرکت پذیر حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے۔ حوضی حصہ مثانہ کی گردن سے بیکر مثانی رباط کی مقدمہ تک جاتا ہے۔ مہالی عاصرو ان دونوں حصوں کی فعلی تفریق قائم کرتا ہے۔ حوضی حصہ میں ایک کیساں انحنایا جاتا ہے جو مخرج حوض کے محور کے ایک متوازی خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ فلزاتی قاساطیر کا ”انحنائے قصبی“ حوضی مہال کے محور کے مطابق بنا ہوتا ہے۔ مہال کا یہ حصہ محراب عانہ سے تقریباً ۱/۲ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔ مہال کے حرکت پذیر حصہ کا انحناء جبکہ قصبی لٹکا ہوتا ہے مخالف سمت میں ہوتا ہے، اس لئے تمام قنال کا خاکہ تقریباً انگریزی حرف ایس (S) کی طرح کا ہوتا ہے۔

قاساطیر داخل کرتے وقت اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہئے کہ جب یہ

اوزار حرکت پذیر مہال میں سے گزرتا ہے تو اس کی قنال قاساطیر سے موافقت پیدا کر لیتی ہے، مگر جب یہ مثبت یا حوضی قطعہ میں سے گزرتا ہے تو اس کو قنال ثابت کے ساتھ ضرور موافقت کرنا چاہئے۔ لیکن کی حالت میں قاساطیر داخل کرتے وقت قصبی اوپر کی طرف کو انقباضی رخ میں اٹھا کر پکڑ لیا جاتا ہے، اور حرکت پذیر مہال میں جو انحناء ہوتا ہے وہ اس طرح دور ہو جاتا ہے۔ انسب یہی ہے کہ اس اوزار کو بٹن ران کی سطح کے قریب اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے اوپر اور اس کے متوازی رکھا جائے۔ جب یہ مثبت مہال تک پہنچ جاتا ہے تو قاساطیر کے دستہ کو خط وسطی پر لے آتے ہیں، اور پھر اسے جسم کے عین وسطی مستوی میں رکھ کر ٹانگوں کے درمیان دبا دیا جاتا ہے، تاکہ اس اوزار کا اگلا حصہ قنال کے قدرتی انحناء میں سے گزر جائے۔ اس کے داخل کرنے میں سب سے بڑی دقت عام طور پر اس مقام پر پیش آتی ہے جہاں مہال کے حرکت پذیر اور مثبت حصے مثلثی رباط کی مقدمہ تہ پر ملتے ہیں (شکل ۱۱)۔ یہ دقت تین حالتوں سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) عریض بھلی مہال (bulbous urethra) دفعہ منقبض ہو کر تنگ غشائی حصہ (membranous part) میں تبدیل ہو جاتا ہے (۲) غشائی حصہ (membranous part) کا بذل مہالی عاصرو (sphincter urethrae) سے محفوظ

اور بند رہتا ہے۔ اگر التهابِ مبال (urethritis) موجود ہو تو غاصروں میں قاسا طبع کے قریب پہنچنے ہی معکوس شنج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں یہ صرف نرم اور سل دباؤ پر ہی راستہ دیتا ہے۔ (۳) عاصری دہنہ پر مبال کا محور اپنا رخ تبدیل کر لیتا ہے۔ طبعی مبال میں قاسا طبع داخل کرنے وقت بھی ان تمام دقتوں پر غالب آنا پڑتا ہے۔ جب کسی ایسے واقعہ میں قاسا طبع سے کوئی کاذب گذر گاہ بن جائے جس میں اس اوزار کو کوئی خاص رکاوٹ پیش کرنے کے لئے رتیضیق موجود نہ ہو تو یہ عام طور پر قنال کو مثلثی رباط کے عین سامنے چھوڑتا ہوا پایا گیا ہے۔

مبالی قنال (urethral canal) کے متعلق یہ خیال نہ کرنا چاہئے کہ گیسوں

کے نل کی طرح کی ایک کھلی نلی ہے۔ سوائے اس حالت کے جبکہ یتاب یا کوئی اوزار اس نلی میں سے گذرتا ہے اس کی تراش ایک متعوض درز کی طرح کی معلوم ہوتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی دیواریں ایک دوسرے سے ملی رہتی ہیں۔ حفزہ زورقیہ (fossa navicularis) میں یہ نلی انتصابی درز کی طرح کی ہوتی ہے۔ اس کا مخاطی استر حصوں کے ذیل میں اور اس سفنجی بافت اور غیر محط عضلی ریشوں کی وجہ سے جن سے اس کا زیرین طبقہ بنتا ہے مقرب رہتا ہے۔

اس قنال کا قدامی (prostatic) حصہ تمام مجری بول کا عرض ترین اور سب سے زیادہ اتساع پذیر ہوتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ نہایت چوڑا ہوتا ہے، اور یہاں پر اس کا قطر تقریباً ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ مثانی سرے پر اس کا قطر ۱/۲ انچ کے قریب قریب ہوتا ہے۔ اور مبال کے اسی حصہ کے مقدم سرے پر قطر کی پیمائش ۱/۲ انچ سے ذرا کم ہوتی ہے۔ قاذف نلیاں (ejaculatory ducts) جن کی محافظت عاصری عضلات سے ہوتی ہے (ایف۔ ایس۔ کڈ: F. S. Kidd) قدامی مبال میں کھلتی ہیں، اور اس طرح قنال کے اس حصہ کا التهاب ان نلیوں کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو منوی کیسیکول (seminal vesicles) تک پھیل سکتا ہے۔ اور یہاں سے قنات ناقلا (vas deferens) کے ذریعہ سے برنخ (epididymis) تک جاسکتا ہے (شکل ۱۱)۔ جب سوزاک سے قدامی مبال ماؤف ہوتا ہے تو انہی حصوں کے ساتھ ساتھ انتشار واقع ہونے سے خصیہ کا التهاب پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ اسی قسم کا التهاب قدامی مبال کے منفرد حصات قدامی خراج اور ان کے مشابہ دوسری حالتوں

پیدا ہو سکتا ہے۔ اس حصہ میں تضیق ہرگز واقع نہیں ہوتا۔

غشائی مبال (membranous urethra) سوائے منفذ کے تمام نلی کا ٹکڑا اس حصہ ہے۔ اس کا قطر تقریباً $\frac{1}{16}$ انچ ہوتا ہے۔ مثنتی ربط کی دونوں تہوں کے درمیان مثبت ہوتا ہے، نیز یہ مبال ماسرہ (sphincter urethra) سے جو معکوس طور پر فعل کرتا ہے گھرا ہوتا ہے۔ لہذا اسی حصہ میں وہ تضیق جو "تضیق" (spasmodic stricture) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ بہر حال مبال ماسرہ (مضیق) کا انقباض قاسطیہ یا ساؤنڈ کے گزرنے میں اکثر معتد بہ مزاحمت پیش کرتا ہے۔

قضیبی مبال (penile urethra) ہر ایک سرے پر یعنی ان حصوں پر جو فرافرد بصل اور خشفہ قضیب پر واقع ہوتے ہیں متبع ہوتا ہے بصلی مبال (bulbous urethra) کا قطر مبال کے قدامی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان، اور قضیبی مبال کے زیادہ تر حصہ کا قطر بصلی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان ہوتا ہے بصلی مبال میں عضوی تضیق (organic stricture) نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے منفذ (meatus) کی پیمائش $\frac{1}{16}$ انچ ہوتی ہے، اور اس لئے اگر قاسطیہ منفذ میں سے گذر جائے تو یہ طبعی نال کے ہر ایک حصہ میں سے گذر جائے گا۔ اس کا وزن بہت مزاحمت پیش کرتا ہے، اور بڑے اوزار گذارنے کے لئے اس میں اکثر شُرکاف دینا پڑتا ہے۔

لہذا مبال کے تنگ ترین حصہ (۱) منفذ پر اور (۲) غشائی قطعہ میں ہیں، اور منفذ خاص طور پر تنگ ہوتا ہے۔ جو حصیات مثلاً سے آگے بڑھ آتے ہیں ان کے انہی مقامات پر انک جانے کا نہایت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس قنال کے عرض حصے (۱) حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) (۲) مبال کا بصلی حصہ، اور (۳) قدامی حصہ کا وسط ہیں۔

530

غشائے مخاطی کا امتحان ایک سرے سے دوسرے سرے تک مبال بین (urethroscope) سے کیا جاسکتا ہے قضیبی مبال میں کثیر التعداد غاطی غد موجود ہوتے ہیں جو زیادہ تر بالائی اور ٹھہری یواروں پر ہی مرتب ہوتے ہیں۔ یہ غد ایک تین (lubricant) ہیا کرتے ہیں جو پیشاب کے آسانی سے گزرنے اور استری غشائی محافظت کے لئے ضروری ہوتا ہے۔

گر جب اس استری غشائیں سرایتی التهاب واقع ہوتا ہے تو یہ عدد اور لحاظہ جات (crypts) بعینہ جیسا کہ دوسرے ملہب اغشیہ مخاطیہ مثلاً قصبی اور شصیتی اغشیہ مخاطیہ میں ہوتا ہے خاص طور پر ماؤف ہوجاتے ہیں۔ ایسے افراد کی مقدار حد سے زیادہ بڑھ جاتی اور بھی ہوجاتی ہے۔ یہ عدد نبقہ سوزاکیہ (gonococcus) کا لمبا و ماویٰ بنجائے ہیں۔ مثلاً بین (urethroscope) کے ذریعہ سے ان کی متورم حالت شناخت کیا جاسکتی ہے، اور حفر بڑہ کبیر (lacuna magna) جو حصہ ورقیہ کی چھت میں ہوتا ہے تیز کیا جاسکتا ہے۔ اور اسی طرح مبال کے مختلف حصوں کی رنگت میں بھی تمیز کی جاسکتی ہے۔ قنوات کویر (ducts of Cowper) کے فتحات لصلی مبال کے فرش پر دکھائی نہیں دیتے، مگر غشائی مبال کے مدخل پر غشائے مخاطی کی شکن دار حالت اور عامہ سے اس کا بند ہونا باآسانی نظر آسکتا ہے۔ عقیق مبال کے فرش پر کی ساختوں یعنی قد رانی رحمک (prostatic utricle) (مروانہ رحم) (uterus masculinus) اور قافوف نلیوں (ejaculatory ducts) کے دھنوں کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے۔ مبال کا عمیق حصہ حماس ہوتا ہے، اور یہ یاد رکھنا نہایت ہی ضروری ہے کہ اس حصہ کی استری غشائیں مضرت رساں اور بے ضرر اشیا کو جذب کرنے کی عجیب و غریب طاقت موجود ہے۔

مریض کے کسی سخت چیز پر کھلی ٹانگوں سے (جیسا کہ آدمی گھوڑے پر بیٹھتا ہے) گرنے سے مبال مشتق ہوسکتا ہے۔ اس قسم کی چوٹ میں یہ اس سخت چیز اور محراب عانہ کے درمیان کو بیدہ ہوجاتا ہے۔ لہذا قنال کا وہ حصہ جل کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے غشائی قطعہ اور قصبی قسمت کا موضع حصہ ہے۔ عیان کے چوٹ کھانے کے وقت جسم جتنا زیادہ آگے کی طرف کو جھکا ہوا ہو گا قصبی مبال کے اتنے ہی زیادہ طویل حصہ کے عاین کے ذریعہ سے کو بیدہ ہونے کا امکان ہوگا۔

زنا نہ مبال کا طول تقریباً ۱۱ انچ اور اس کا قطر ۱ انچ سے ۱ ۱/۲ انچ تک ہوتا ہے۔ مگر یہ بہت حد تک متمدد ہوسکتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں یہ قنال تقریباً انتصابی ہوتی ہے اور لیٹنے کی حالت میں تقریباً افقی۔

531

قصیب (penis)۔ اس عضو کے زیادہ تر حصہ کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے اور زیر جلدی بافت مقدار میں کم اور لصلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اس بافت کے ڈھیلے پن سے

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ جلد بہت ہی تمدد پذیر اور حرکت پذیر ہوتی ہے۔ موصوفہ الذکر امر کو مختصر کرتے وقت ذہن نشین رکھنا چاہئے، کیونکہ اس عمل کے دوران میں قصب کی جلد حشفہ کے اوپر سے اور اس کے پیچھے سے اتنی آسانی سے کھینچی جاسکتی ہے کہ اس کو اتنا پیچھے سے کاٹ دینے سے جتنا کہ ممکن ہو اس عضو کا زیادہ تر حصہ معرارہ جاتا ہے۔ اس امر کا اطلاق بلاشبہ بچوں پر ہوتا ہے۔ زیر مخاطی بافت کے ڈھیلے پن کی وجہ سے یہ عضو مہیج ہونے کی حالت میں یا جبکہ وعاء بدرمیشاب اس حصہ میں چلا آئے بعد متورم ہو جاتا ہے۔ حشفہ قصب پر غشاء مخاطی اس قدر منضم ہوتی ہے کہ زیر مخاطی بافت تقریباً نابود ہی ہوتی ہے۔ اس لئے اس حصہ کے آنشکی اکولوں (syphilitic chancres) میں صرف خفیف سا تصلب ہی پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اکیل (corona) پر زیر مخاطی بافت ڈھیلے ڈھالی اور کثیر المقدار ہوتی ہے اور اسی لئے تصلب آسانی پیدا ہو سکتا ہے، لہذا آنشکی قرص اکثر اسی حصہ پر اپنے میز ترین نوک پہنچتا ہے۔

قصب کی عرقیت اور اس کے سرخ احتقان سے جو اس وقت پیدا ہوتا ہے جبکہ وریدی خون واپس جانے سے رک جاتا ہے اس عضو کے اس سرخ اور وسیع درم کی وجہ سے ہوتی ہے جو اس پر کوئی مضیق بند لگانے سے پیدا ہوتا ہے۔ جب قصب کے گرد فیصہ گزار کر ان سے کوئی قاسط طیر باندھا جا رہا ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے۔ (سفنجی جسم corpus spongiosum) کی دموی فضائیں بعض اوقات سوزاکی التهاب سے تمدد پذیر ہو جاتی ہیں اور کھنکی اجسام (corpora cavernosa) کی فضائیں آزاد رہتی ہیں۔ اس حالت میں قصب کی استادگی کے وقت جسم سفنجی کمان کی رسی کی طرح فعل کرتا ہے اور وہ خم پیدا ہو جاتا ہے جو نوعط مولم (chordee) کے نام سے موسوم ہے۔

سلطی عروق لمف کے ذریعہ سے مرض قصب کی جلد اور اس کے منفذی خطے سے اربی غد کے اندرونی غد تک پہنچ سکتا ہے۔ زیادہ گہرے عروق قدامی (prostatic) وریدوں کے ساتھ ساتھ غد کے داخلی ترقی کردہ تک جاتے ہیں جو جوش کی جانی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ بعض عروق فذی حلقہ میں سے گذر کر خارجی صرفی غد میں براہ راست جاتے ہیں۔

قصب اکثر ایقافاتِ نموکا مل ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں اس کے مناظر مختلف

ہوتے ہیں۔ ان میں سے تحت مبالغیت (hypospadias) اور فوق مبالغیت (epispadias) کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ قبل الذکر میں مجری بول کی تحتانی دیوار اور آسٹنجنی جسم کا تناظر حصہ موجود نہیں ہوتے، اور موخر الذکر میں قنال کی فوقانی دیوار اور کھٹکی اجسام کا تناظر حصہ کم و بیش مکمل طور پر نابود ہوتا ہے۔ تحت مبالغیت (hypospadias) کی حالت میں دو منفذ موجود ہوتے ہیں۔ ایک حشفہ پر واقع ہوتا ہے، اور اس سے انبان میں کھلتا ہے جو حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) کو ظاہر کرتا ہے، اور دوسرا اس کے عین پیچھے ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف مجری بول میں کھلتا ہے (شکل ۱۱۸)۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مردانہ مجری بول کا ابتدا مضاعف ہوتا ہے۔ حشفہ کے اندر کا حصہ حشفہ کی سطح پر کے سر حلہ کی



شکل ۱۱۸۔ قصیب کی تراش جو تحت مبالغیت کی عام قسم کو ظاہر کرتی ہے۔

نشان میلیناس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں پر یافت میں کوکی مبال اور منفذی درون بالید کے درمیان راستہ بناتا ہے۔

درون بالید سے بنتا ہے، اور بقیہ قصبی مبال منخرج (cloaca) مشتق ہوتا ہے۔ ابتدا میں مجری مبال (cloacal urethra) اپنے ذاتی سواریخ کے درلیہ سے کھلتا ہے (ابتدائی منفذ primitive meatus: شکل ۱۱۸)، مگر دوران نمو میں حشفہ میں سے ایک درون بالید پیدا ہوتی ہے جس سے مستقل منفذ اور حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) بنجاتے ہیں۔ جب یہ درون بالید منخرجی مبال (cloacal urethra) میں کھلتی ہے تو ابتدائی منفذ بند ہو جاتا ہے۔ قید الغلف (frenum preputii) اس کے اوپر بن جاتا ہے۔ اور اس طرح جو حالت پیدا ہو جاتی

وہ موقوفہ نمو کی ایک حالت ہے۔ ایسے مریضوں کے خلفہ پردہنی غدود (sebaceous glands) دو لون بیضوی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں — عینات خلفہ (preputial ocelli) (شلیٹو: Shillitoe)۔

صفن (scrotum)۔ صفن کی جلد پتلی اور شفاف ہوتی ہے، اس لئے اس کے حصوں کی کوفنگی میں سطح کے نیچے خون کے وعا بدر ہو جانے سے رنگت میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ آسانی سے اور واضح طور پر نظر آتا ہے۔ مزید برآں یہ بہت لچکدار اور وافر ہوتی ہے، اس لئے اس میں بہت سا تمدد واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بڑے رگ صفنی فتوق اور خصیتی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ صفن کی گنگرین تک میں بھی جب کہ دونوں خصبے معرا ہو چکے تھے یہ حصے بیجا طور پر سکڑانے یا منقبض ہونے کے بغیر از سر نو مکمل طور پر درست کئے جا چکے ہیں۔ صفن کی سطح پر جو اساریر (rugæ) ہوتے ہیں ان میں میل کھیل بآسانی جمع ہو سکتا ہے، اور اس قسم کے اجتماع سے جو خراش پیدا ہوتی ہے وہ بعض اوقات سرعلی سلعات (epitheliomata) کے پیدا ہونے کا جو اس حصہ میں قلیل الوقوع نہیں ہوتے، محرک سبب ثابت ہوتی ہے۔ جب سطح سے پسینہ نکلتا ہے تو اساریر کا رجحان اس احتباس رطوبت کی تائید کرنے کی طرف ہوتا ہے جو ان کے شکنوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اس حالت اور دوسری حالتوں کی وجہ سے صفن میں اکزیما (eczema)، اور جلد کے ان آتشکی امراض کے واقع ہونے کا جن کی تعبیر مقام خراش کی موجودگی سے ہوتی ہے، احتمال ہوتا ہے۔ اساریر (rugæ) صحت کی علامت ہوتے ہیں کیونکہ ان کا انحصار حقیقی عضلی ریشوں کے قوی انقباض پر ہوتا ہے۔ کمزور اشخاص میں یا گرمی کے مرتبھی اثرات کے تحت صفن اہوار اور معلق ہو جاتا ہے۔ سادہ شگافہ زخم میں جیسا کہ انحصار (castration) میں ہوتا ہے سلیجہ (dartos) سے جلد کی کوروں کے اندر کی طرف مڑ جانے کا احتمال ہوتا ہے، اور اس سے ٹانگے لگانے میں کیقدر دقت پیش آتی ہے۔ یہ دقت زخم پر گرم اسفنج رکھ کر اس بافت میں کچھ عرصہ کے لئے ڈھیلا پن پیدا کرنے سے رفع کی جاسکتی ہے۔

زیر جلدی بافت (subcutaneous tissue) ڈھیلا اور بہت وسیع

ہوتی ہے، اور اس لئے سطح کے نیچے خون کی بہت سی وادری نمودار ہو سکتی ہے۔ صفن اپنے عمل کے نیچا ہونے اور اپنی خلوی بافت کے ڈھیلا اور وسیع ہونے کی وجہ سے اکثر جسم کا پہلا حصہ ہوتا ہے جو استسقاؤں میں متہیج ہوتا ہے، اور اس تہیج کو یہ ایک نایاں حد تک ظاہر کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ مزید براں صفن دائرہ الفیل (elephantiasis) کا بھی اکثر ممل ہوتا ہے، جو لمبی عروق اور اتصالی بافت کی فضاؤں کے تمدد سے پیدا ہوتا ہے۔ صفن کی حیویت زیادہ نہیں ہوتی اور مادہ التهاب میں اغاثات عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ اس لئے کلانی یافتہ خصیہ پر بند کشی (strapping) کرنے میں ذرا احتیاط چاہئے۔

خصیہ بعض اوقات کہفہ شکم میں محسوس ہو کر رہ جاتا ہے، یا کچھ زمانہ کے لئے جو مختلف واقعات میں مختلف ہوتا ہے، یا عمر بھر قنال اربی میں پڑا رہتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ بعض اوقات صفن سے آگے نکل کر عجمان میں چلا جاتا ہے، یا اربی قنال سے بالکل مجھٹ کر فخذی قنال اور صافنی فتحہ (saphenous opening) میں سے گزر کر ران میں چلا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 401)۔

اصلی خصیہ طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) سے سوائے موخر کنارہ کے تھوڑے سے حصہ کے جہاں عروق داخل ہوتے ہیں بتامہ محصور ہوتا ہے۔ برنج (epididymis) اس مصلی غشا سے اطراف پر تمامہ اور سامنے کی طرف کم و بیش پوشیدہ ہوتا ہے، مگر موخر کنارہ کے زیادہ تر حصہ پر آزاد یا معرا ہوتا ہے (دیکھو شکل او صفحہ 402)۔ طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) کی حشائی تہ جداری تہ سے برنج (epididymis) کے موخر کنارہ پر ملتی ہے۔ خصیہ اور برنج کا موخر کنارہ — گلوب کبیر (globus major) سے لے کر گلوب صغیر (globus minor) تک مصلی غشا کے انوکھاس — خصیہ کی ماسا ریتقا — سے محدود ہوتا ہے۔ تمام موخر کنارہ سے چسپیدہ ہونے کی بجائے ماسا ریتقا بعض اوقات خصیہ اور گلوب صغیر کے صرف زیرین قطب ہی سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی ساچھ دار چسپیدگی پر خصیہ کے اس تنگ ماسا ریتقا کو بل پڑ جانے سے منعقد ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ تنگ اور

مستطول ماساریتا صرف ان غدہ کے ساتھ ہی پائی جاتی ہے جن کا نزول دیر سے ہوتا ہے، یا جو دوران نزول میں ٹھہر جاتے ہیں۔ لہذا خصیہ کا تعلق (torsion of the testicle) صرف ناقص النمو اعضاء ہی میں ممکن الوقوع ہے۔

مصلی طبقہ اور خصیہ یا اصلی غدہ میں جو زیادہ قریبی اور وسیع تعلق ہوتا ہے اُس سے اس عضو کے اس حصہ کے التهاب میں، اکیلا برنخ کے ملتبہ ہونے کے مقابلہ میں، قیلہ مائیہ (hydrocele) کے زیادہ کثیر الوقوع ہونے کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ عام قیلہ مائیہ (hydrocele) کے واقعات میں طبقہ غدیہ (tunica vaginalis) کے انعکاس ہی کی وجہ سے خصیہ ورم کے زیر بن اور موخر حصہ پر مضبوطی سے جمارہتا ہے، لیکن باوجود اس کے اس غشا سے اس عضو کا اتنا وسیع حصہ محصور ہوتا ہے کہ بڑے بڑے قیلہ جات مائیہ میں اس غدہ کا محل معلوم کرنا مشکل ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں خصیہ صفن کے اگلے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور برنخ (epididymis) اس کے سامنے ہوتا ہے، اور اس غدہ کا جسم اس کے پیچھے ہوتا ہے۔ مزید برآں قنات ناقلہ (vas deferens) جبل کے سامنے کے حصہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کوجاتی ہے۔ ان حالتوں میں خصیہ صفن اسی وضع پر ہوتا ہے جو یہ اس حالت میں اختیار کر گیا جبکہ انتصابی محور پر اسے گردش دی جائے۔ یہ حالت وروں گردش خصیہ (inversion of the testicle) کے نام سے مشہور ہے، اور اس کی تلاش قیلہ مائیہ کے واقعات میں کرنا چاہئے، نیز ایسی کئی ایک مثالوں میں جن میں دروں گردش بھی موجود تھی خصیہ اجتماعات کا بزل کرتے وقت بمنزل سے چھد چکا ہے۔ اصلی غدہ کی بافت ایک بہت کثیف غشا طبقہ ابیض (tunica

albuginea) سے محصور سے ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے برنخ (epididymis) کی کوئی ایسی محکم یعنی پوشش نہیں ہوتی۔ طبقہ ابیض کی مضبوطی سے اس شدید دردی بہت کچھ توجیہ ہوتی ہے جو اصلی خصیہ کے عوارض میں محسوس ہوتا ہے، اور جب اکیلا برنخ (epididymis) جو اتنی مضبوطی سے محصور نہیں ہوتا ماؤف ہوتا ہے تو درد اس درجہ تک نہیں پہنچتا۔ مزید برآں یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ برنخ کے التهاب

صفن میں جلد ہی بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے مگر غدہ مذکور کے جسم کے اسی قسم کے عوارض میں ورم نسبتاً آہستہ ظاہر ہوتا ہے۔

صفن کے عروق لمف غدہ اربی کو جاتے ہیں، اور خصیہ کے غدہ قطنی کو۔ خصیہ کے خبیث مرض میں ثانوی مطروحات کے پائے جانے کی توقع شکم کی گہرائی میں اور ملہ کے اطراف پر ہوتی ہے۔ صفن دسویں نظر فقرہ کے سامنے نمونہ ہوتا ہے! اور اس کی عصبی رسد دسویں نظر فقرہ سے وصول ہوتی ہے۔ اس کے اعصاب

536



شکل ۱۱۹۔ بالغ کی بائیں منوی جمل کی تراش خارجی شکلی حلقہ کے
لیول پر جیسی کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتی ہے۔

بھوٹے احشائی اعصاب (small splanchnics) اور شمسی (solar) اور دلہی (aortic) ضفیروں میں سے گذر کر منوی شریان (spermatic artery) پر آتے ہیں، اور اسی گیت یہ اس غدہ تک پہنچتے ہیں۔ بزنخ (epididymis) کی عصبی رسد حوضی ضفیروں سے قنات ناقلہ (vas deferens) کے ساتھ آتی ہے۔

جبل منوی (spermatic cord)۔ اس جبل میں مندرجہ ذیل ساختیں

ہیں۔ (۱) قنات ناقلہ (vas deferens)، (۲) معلاتی عضلہ (cremaster muscle)، (۳) منوی (spermatic)، اور (۴) معلاتی (cremasteric) شریانیں، (۵) قنات ناقلہ کی شریان، (۶) وریدوں کا سلک نما نصیرہ (pampiniform plexus)، (۷) تناسلی ساقی (genito-crural) عصب، (۸) مشار کی عصبی ریشہ جات، اور (۹) عروق لمف۔

قنات ناقلہ (vas deferens or ductus deferens)۔ جبل کی موخر جانب

پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۹)، اور یہ محکم اور ڈورے کی طرح کے احساس سے شناخت کی جاسکتی ہے جبکہ انگوٹھے اور انگلی کے درمیان اس کی چٹکی بھری جاتی ہے۔ برکٹ (Brikett) (Holmes's "System") نے قنات ناقلہ کے انشعاق کتنی واقعات کا ذکر کیا ہے جو دفعۃً بہت سارے لگانے سے واقع ہوا تھا۔ قنات کے متعلق یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ ہر ایک واقعہ میں شکم کے اندر داخل حلقہ اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ حالب کے نزدیک پہنچتی ہے کہیں بیٹھی تھی۔ کلانی یافتہ غدہ قدامیہ میں ذبول پیدا کرنے کے لئے اس قنات کے کچھ حصہ کا استیصال جزئی کیا جا چکا ہے، لیکن یہ کامیاب ثابت نہیں ہوا۔

معلاتی عضلہ (cremaster muscle) کی جسامت کا انحصار زیادہ تر

اس وزن پر ہوتا ہے جو اسے معلق رکھنا پڑتا ہے۔ ذبول خصیہ میں یہ تقریباً تمام غائب ہو جاتا ہے اور بڑے بڑے سست بال سلعات میں یہ بہت بڑی جسامت اختیار کر لیتا ہے۔

شریانوں میں سے منوی (spermatic) اور ط میں سے آتی ہے، اور

قنات ناقلہ کے سامنے واقع ہوتی ہے، معلاتی (cremasteric) عقیق بر معدی (deep epigastric) سے نکلتی ہے اور جبل کی سطحی تہوں میں اس کے بیرونی قطع میں واقع ہوتی ہے، اور ناقلی شریان (deferential artery) جو فوقانی یا تحتانی شانی سے نکلتی ہے قنات کی جانب پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۴)۔

منوی شریان خصیہ کے نزدیک پہنچ کر متعدد شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے جو برنج (epididymis) کی اندرونی طرف کو چلی جاتی ہیں، اور ان کو خصیہ کی دموی رسیں خلل انداز ہونے کے بغیر علحدہ کیا جاسکتا ہے۔ جبل تکی تینوں شاخیں علیہ خاصا (castration) میں کاٹ دی جاتی ہیں، اور ان کے باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وریدیں سرسری طور پر دو گروہوں میں تقسیم کی گئی ہیں۔ ان میں سے مقدم بہت بڑا ہوتا ہے اور یہ منوی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور سلک نما مضفرہ (pampiniform plexus) اسی سے بنتا ہے۔ موخر گروہ چھوٹا ہوتا ہے، اور قنات کو گھیرے ہوتا ہے، اور ناقلی شریان (deferential artery) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ منوی اور سلک نما مضفیروں کی وریدیں اکثر دوالی نما ہوتی ہیں، اور اس عارضہ کا نام قیلہ دوالیہ (varicocele) ہے۔ بہت سے ایسے تشریحی اسباب ہیں جن سے ان وریدوں کو یہ عارضہ لاحق ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان وریدوں کا محل وقوع نیچا ہے اور اصلی ورید کا طول معتدبہ، اور اس کا ممر تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ یہ عروق قنات پر شریان کے مقابلہ میں بہت بڑے ہوتے ہیں۔ اس لئے خون کو پیچھے سے دھکیلنے کی قوت لازمی طور پر اقل رہ جاتی ہے۔ نیز یہ ایک ڈھیلی ڈھالی بافت میں واقع ہوتے ہیں اور ان کو وہ سہارا اور وہ مدد نہیں ملتی جو دوسری وریدوں (مثلاً جواج کی وریدوں) کو عضلی انقباض سے ملتی ہے۔ مزید برآں یہ بہت سے تفہمات کی وجہ سے بہت پیچیدہ ہوتی ہیں، اور ان میں چند نامکمل مصراعات ہوتے ہیں۔ ان کا جو حصہ قنات اربی میں سے گذرتا ہے دباؤ کے لئے معرا ہوتا ہے۔ بائیں طرف کی وریدیں دائیں طرف کی وریدوں کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتی ہیں۔ مسٹر سپنسر (Mr. Spencer) نے یہ ثابت کیا ہے کہ بائیں جبل کی وریدیں دائیں جبل کی وریدوں کی نسبت ہمیشہ بہت بڑی ہوتی ہیں۔ یہاں اس امر کی طرف بھی اشارہ کر دینا موزوں ہوگا کہ بایاں خصیہ دائیں کی نسبت زیادہ پیچھے لٹکا ہوتا ہے۔ اور بائیں منوی ورید بائیں کلوئی ورید میں زاویہ قائمہ پر داخل ہوتی ہے۔ اور دائیں منوی شریان ورید باؤف (vena cava) میں ترجیحی داخل ہوتی ہے۔ نیز بائیں ورید سگمانا (sigmoid) قولون کے

نیچے سے گذرتی ہے، اور اس لئے یہ اس رودہ کے مشمولات کے دباؤ کے معرض اثر میں رہتی ہے۔

زنانہ تناسلی اعضا (female generative organs) کا اس کتاب میں تفصیل سے ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ شفرتین کبیر (labia majora) کے امراض یا رجمانات وہی ہیں جو صنفن کے ہیں، اور جس کے یہ درحقیقت متناظر ہیں۔ ان میں خون کی بڑی بڑی وعابدریاں واقع ہو سکتی ہیں۔ اور پہنچ کی حالت میں یہ بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ اور جب ان میں حاد التهاب واقع ہوتا ہے تو ان میں اغاثات کے نمودار ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اور عورتوں کے داء الفیل کا عام عمل یہی ہے بعض اوقات کسی ایک شفرہ میں فقط واقع ہو جاتا ہے (حیائی فتق: pudendal hernia)۔ تاچہ کی گردن مہبل اور عانی فرع کے درمیان ہوتی ہے۔ ایسے فتق کے مشمولات میں سے اکثر بیض بھی ایک ہوتا ہے۔

”شفوہ صغیر کی بروں گردانی اور پردہ بکارت کو اندر کی طرف دبانے سے فرج پر کسی قدر پیچھے کی طرف کو ایک چھوٹا سا سرخ نشیب عام طور پر دکھائی دیتا ہے۔ یہ اس سوراخ میں کھلتا ہے جو بارتھولین غدد (Bartholin gland) کے لئے ہوتا ہے“ (ڈورین: Doran) یہ بیضوی جسم کا غدہ جس کا طول تقریباً ۱/۲ انچ ہوتا ہے سوراخ مہبل کے موخر حصہ کے بالمقابل سطحی عجائی اردا کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور عاصہ مہبل (sphincter vaginae) کے ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ ۳۰ سال کی عمر کے بعد یہ مذبول ہو جاتا ہے، اور یہ مردوں کے غدہ کوپر (Cowper) کا متناظر ہوتا ہے (محل، صفحہ 524)۔ ان دونوں غدوں میں مزمن سوزا کی التهاب کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس غدہ کا خراج اور اس کی قنات کا دوری اتساع قلیل الوقوع ہیں۔

539

مہبل مثانہ اور معائے مستقیم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اس کی موخر سطح کا بالائی ایک چوتھائی حصہ باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور اس لئے یہ کہفہ شکم سے تعلق رکھتا ہے۔ چنانچہ مثانہ، معائے مستقیم یا معائے صغیر مہبل کی دیوار کے کچھ حصہ کے دب جانے سے بعض اوقات اس میں بروز کر آتے ہیں، اور اس طرح ایک مہبل قید مثانہ

یا قیلہ مستقیمہ یا قیلہ معویہ پیدا ہو جاتا ہے۔

ہبل کی مقدم دیوار ۲ انچ سے ذرا زائد ہوتی ہے، اور موخر دیوار تقریباً ۳ انچ ہوتی ہے۔ اس قنال کا طویل محو رافت سے ۶۰ درجہ کا زاویہ بناتا ہے، اور اس لئے حوض کی ککر کے یہ تقریباً متوازی ہوتا ہے۔ رباط عریض کے قاعدہ پر کی ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت ہبل کے بالائی سرے کے دونوں طرف واقع ہوتی ہے۔ مالب نشان میں ہبل کی چھت کے بالائی حصہ پر ختم ہوتا ہے۔ (جو ساختیں زنانہ حوض کے مشمولات کو سہارا دینے سے تعلق رکھتی ہیں ان کے لئے دیکھو صفحہ 505)۔

کہنہ شکم بعض اوقات ہبل میں زخم آنے سے کھل جاتا ہے۔ اس قسم کی چوڑوں میں بعض اوقات کئی فٹ معارف میں سے برور کر آئی ہے۔

ہبل کو جو دیواریں نشانہ اور معائے مستقیم سے علحدہ کرتی ہیں، ان کے مقابلہ پتلا ہونے کی وجہ سے مثانی ہبلی اور مستقیم ہبلی ناسورات کثیر الوقوع ہیں۔ ہبل بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اس کے زخموں سے ہبلک زنف واقع ہو چکا ہے۔ نیز یہ بہت اتساع پذیر بھی ہوتی ہے، اور یہ امر اس وقت ثابت کیا جاسکتا ہے جب کہ رحم سے واقع شدہ زنف کو بند کرنے کے لئے اس میں ڈاٹ لگائی جائے۔

رحم کا وزن تقریباً ۱۱ اونس ہوتا ہے۔ کہنہ رحم اور قنال عنق دونوں کی پیمائش تقریباً ۲ ۱/۲ انچ ہوتی ہے۔ جب رحمی مجسہ (uterine sound) گزارا جا رہا ہو تو اس پیمائش کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔ رحم کے عروق خون اس کے طول سے متعرض رخ پر گزرتے ہیں، اس لئے اس عضو کے گرد بندش لگائی جاسکتی ہے، اور اس کا دوران خون بندش سے اوپر یا نیچے متاثر نہیں ہوتا۔

رحمی شریان داخلہ صرغنی (internal iliac) سے حوض کی ککر سے ۱ ۱/۲ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور رباط عریض میں سے گذر کر عنق الرحم کو چلی جاتی ہے۔ یہ ۲ ۱/۲ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور اپنے ممر کے وسط پر مالب کے اوپر چنبر کی شکل بناتی ہے۔ رباط عریض پر فلوی نلی (جو پیچھے کی طرف کو ہوتی ہے) اور رباط مستدیر (جو آگے کی طرف کو ہوتا ہے) کے درمیان شکاف دینے سے اس تک رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ اس زخم کے نیچے

ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت میں پائی جاتی ہے۔

قعر رحم اور ضمیمہ جات سے جو عروق لمف آتے ہیں وہ قطنی غد کو جاتے ہیں۔ نیز ان میں سے چند رباط مستدیر کے ساتھ ساتھ اربی غد کو چلے جاتے ہیں۔ عنق کے (جس میں کہ سرطان اکثر واقع ہوتا ہے) عروق لمف اندرونی حرقنی غد کو جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر واقع ہوتے ہیں۔

غیر حامل رحم شاذ و نادر ہی زخمی ہوتا ہے، اور اس کی مامونیت کا انحصار اس کی دیواروں کے کشیف اور اس کی جسامت کے چھوٹے ہونے اور نیز اس کے بہت حرکت پذیر اور عظمی حوض میں واقع ہونے پر ہوتا ہے۔

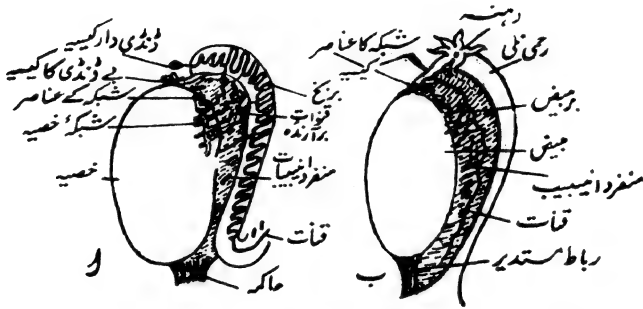
بیض اس طرح واقع ہوتا ہے کہ فلوئی نلی کا بیرونی حصہ اس کے باہر کی طرف سے نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے۔ بیض کا عام محل قطع جسم پر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو مشترک اور خارجی حرقنی شریانوں کا مر معلوم کرنے کے لئے کھینچا جاتا ہے۔ اور یہ خط اور طہ کی روشنائی سے لیکر نخدی نقطہ تک کھینچا جاتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔

بیض اس خط کے نقطہ وسطی کے اندر کی طرف (شکل ۱۱۲ صفحہ 490) خارجی اور داخلی حرقنی شریانوں کے درمیانی زاویہ کے قریب واقع ہوتا ہے۔ مہل میں سے اس کا جس وضاحت سے نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے اعصاب جل کے دسویں ٹھہری قطعہ سے آتے ہیں۔ اور عنق کے حسی اعصاب زیرین بحری قطعات سے آتے ہیں۔ بیض کے عروق لمف قطنی غد کو جاتے ہیں جو اور طہ کے زیرین حصہ و وریڈ جو (vena cava) کی جانب پر بس باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں۔

بیضین پستانوں پر بہت نمایاں پر روشنی اثر ڈالتے ہیں۔ پستان کی نیش پر ویش کا انحصار جو بلوغ پر اور دوران حمل میں واقع ہوتی ہے بیض کے ایک اندرونی افراز پر ہوتا ہے (سٹارلنگ: Starling) ان کے علاوہ کر دینے سے پہلے یہ امید کی جاتی تھی کہ پستان کا سرطان موقوف ہو جائے گا لیکن اس طریق کار سے زیادہ کامیابی نہیں ہوئی۔

بیضی عروق حوض کی ککر پر باریطون کے ایک شکن میں واقع ہوتے ہیں جس کا نام بیضی یا قسمی حوضی رباط (ovario- or infundibulo-pelvic ligament) ہوتا ہے۔

کیونکہ مبيض اور فلوپي نلی کے قمع (infundibulum) دونوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔
 مبيض شکافی (ovariotomy) میں اس رباط سے ساقچہ کا بیرونی حصہ بنا ہوتا ہے۔
 وہ مختلف آئناری ساختیں جو مبيض سے متعلق ہیں — یعنی وہ ساختیں جن سے
 قمع ہونے سے دیرے بجاتے ہیں — شکل ۱۲۰ میں دکھائی گئی ہیں۔ ایسے آئناری حصے
 ان ساختوں کے تناظر ہیں جو مرد میں مکمل طور پر نمو یافتہ ہو جاتی ہیں اور جن سے قناتوں کے
 اس مکمل نظام کا جس کے ذریعے سے منی خصیہ کے انیبیبات میں سے مہرئی بول تک پہنچتی
 ہے کچھ حصہ بنتا ہے۔ چنانچہ قنات ناقذہ کی قائم مقام ولفی قنات (Wolffian duct) ہے



شکل ۱۲۰۔ ا۔ ان آئناری ساختوں کی تصویر جو خصیہ سے تعلق رکھتی
 ہیں۔ ان میں گاہے گاہے دیرے بجاتے ہیں۔ ب۔ مبيض سے متعلقہ
 آئناری حصوں کی تناظر تصویر۔

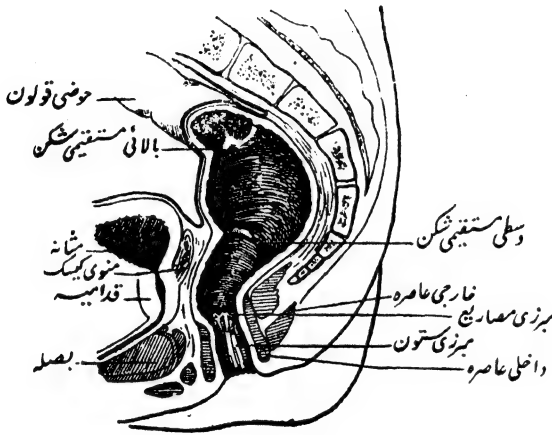
ہوتی ہے جو رباط مبيض کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ولفی انیبیبات (Wolffian
 tubules) جو مبيض کے نافیچہ کی طرف جاتے ہیں مرد کے قنات برآ زندہ (vasa
 efferentia) کے تناظر ہوتے ہیں۔ شبکہ خصیہ (rete testis) کے، جو خصیہ کے
 منصف پر واقع ہوتا ہے اور جس کے ذریعے سے منی حامل منی انیبیبات (seminiferous
 tubules) سے قنات برآ زندہ (vasa efferentia) تک جاتی ہے، قائم مقام

وہ منفرد ساختی عناصر ہوتے ہیں جو بیض کے نانچ پر اور نلی کی بیضی جھار کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان عناصر میں سے دو برآزندہ قناتیں اور شبکی گذرگا ہیں بطور آزاد ساختوں کے نوپاتی ہیں۔ اور قناتی نظام کے قرب و جوار کے حصوں کے ساتھ نوکے کسی آئندہ درجہ میں متحد ہو جاتی ہیں۔ عورت میں ان ساختی عناصر کی ایک کثیر تعداد انیسیات کے منفرد مبادی کی شکل میں برقرار رہتی ہے اور مرد میں صرف چند ہی باقی رہتے ہیں، چنانچہ ان میں بعض اوقات دویرے پیدا ہو جاتے ہیں۔

معائے مستقیم (rectum) تیسرے عجزی فقرہ کے سامنے سے شروع ہوتی ہے، اور اس کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ حوضی مستیمی (pelvi-rectal) بچھاؤ پر یہ حوضی قولون سے جو باریطون سے محصور ہوتی ہے اور جس کو ماساریقا سہارا دیتی ہے مسلسل ہوتی ہے۔ مصلی غشا معائے مستقیم کی موخر سطح کو بتدریج چھوڑ دیتی ہے اور اس کے بعد یہ اطراف سے اور آخر میں اس کی مقدم سطح سے دور ہٹ جاتی ہے۔ مرد میں باریطون مقدم جانب پر مستیمی مثانی جیب کی شکل میں مبرز سے ۳ انچ سے کم فاصلہ تک چلا جاتا ہے۔ اور اس کی موخر جانب پر مبرز سے ۵ انچ اور تک باریطون نہیں ہوتا۔ اس لئے معائے مستقیم کے استیصال (excision) میں کہف باریطون کو کھولے بغیر اس نلی کی موخر سطح سے مقدم سطح کی نسبت اس کا زیادہ حصہ دور کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ سرطانی اور دوسرے پھیلنے والے قروح کا رجحان کہف باریطون پر حملہ آور ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے جبکہ یہ اس کے مقدم حصہ پر واقع ہوں۔

معائے مستقیم کا سب سے نیچے کا حصہ بطور قنال مبرز (anal canal) تیز کیا جاتا ہے۔ یہ اندرونی عامر سے گھرا ہوتا ہے۔ یہ ایک غیر اختیاری عضلہ ہے جو دائری طبقہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ آرام کی حالت میں قنال مبرز جس کا رخ نیچے کی اور جھیلی طرف کو ہوتا ہے ۱۱ انچ لمبی ہوتی ہے، لیکن دوران تبرز میں اور مریض کے کانگھنے کے وقت یہ اتھلی صلقہ نما شکل اختیار کر لیتی ہے۔ یہ قنال رافع مبرز (levator ani) اور عجانی جسم سے مضبوطی سے مثبت ہوتی ہے، اس لئے سقوط (prolapse)

میں مبرز کے اوپر کی معائے مستقیم ہی ہوتی ہے جو اس میں سے باہر نکلتی ہے۔ رافع مبرز کی موخر کور سے ایک آزاد کنارہ بنتا ہے جو واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ معائے مستقیم کو مبرز سے ملاتا ۱۲ انچ کے فاصلہ پر تقریباً زاویہ قائمہ پر عبور کرتا ہے۔ معائے مستقیم میں انگلی داخل کرنے سے غدہ قدامیہ اور منوی کی ایک باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں اور ان کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے۔ نیز شانہ کی شلخی سطح



شکل ۱۲۔ وسطانی تراش پر معائے مستقیم اور قنال مبرز کے مدارج۔
(پروفیسر ای۔ ایم۔ پٹرسن: A. M. Paterson)۔

کا استقصاء کیا جاسکتا ہے جس میں سے براستہ معائے مستقیم کچھ کا لگا جاسکتا ہے (صفحہ 518)۔ غدہ قدامیہ کلانی یافتہ ہونے پر بعض اوقات معائے مستقیم کے کہنہ میں مداخلت کرتا ہے اور اس کے درونہ کو بہت تنگ کر دیتا ہے (شکل ۱۱۷)۔ معائے مستقیم سے منوی کی کیوں کا محل ایسا ہے کہ دوران اجابت میں شدت سے کانپتے وقت

ان پر معائے مستقیم کے مشمولات کا دباؤ پڑتا ہے، اس لئے ان کا کچھ حصہ خالی ہو جاتا ہے، اور ایک قسم کا جریان منی (spermatorrhoea) پیدا ہو جاتا ہے۔ غدہ قدامیہ اور اس کے ہم پہلو حصوں کے الہابی عوارض میں تبرز سے اکثر بہت درد پیدا ہو جاتا ہے۔

544

عورت میں معائے مستقیم کی مقدم سطح کا وہ حصہ جہاں تک انگلی پہنچ سکتی ہے مہبل سے تعلق رکھتا ہے۔ اور معائے مستقیم کے زیرین حصہ کا امتحان کرتے وقت تناسلی گذرگاہ میں انگلی ڈالکر، اس کی غشائے مخاطی کا مبرز میں سے بروز کر لینا مناسب ہوتا ہے۔

فعلی اور شکلیاتی لحاظ سے معائے مستقیم دو حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک بالائی جو باریکون اور مستقیمی مثانی جیب سے تعلق رکھتا ہے اور اتساع پذیر ہوتا ہے، اور تبرز سے پیشتر براز سے پُر ہوتا ہے۔ ایک زیرین جو باریکون سے پرے واقع ہوتا ہے، اور براز کے لئے صرف گذرگاہ کا کام دیتا ہے جو اس میں جمع نہیں ہوتا (وڈ جونز: Wood Jones)۔ بے جانی مثانہ (ectopia vesicae) کے علاج کے لئے جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں جن میں کہ حاملین معرا مثانہ سے نکال کر معائے مستقیم میں نصب کر دئے جاتے ہیں، ان میں اس حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ معائے مستقیم کے بالائی حصہ کا تمدد پُری کا احساس پیدا کرتا ہے، اور تبرز کی اختیاری اور غیر اختیاری کوششوں کے سلسلہ کی ابتدا کرتا ہے۔

براز بعض اوقات معائے مستقیم میں منفرد ہو جاتا ہے۔ مزید برآں عجیب قسم کے اجسام بھی اس میں اکثر بیجا طور پر رکھے ہوئے ملتے ہیں۔ ان میں سے بیل کے سینک، دیاسلائی کی لپے کی ڈبیا، اور شیشہ کے آبخورہ کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ معائے مستقیم اور قولون کی ضد حرکت دودی حرکات سے اس قسم کے اجسام بعض اوقات عورت کی طرف چلے جاتے ہیں۔

تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ جب مرد میں معائے مستقیم تمدد ہوتی ہے تو باریکون کا مستقیمی مثانی شکل اوپر اٹھ جاتا ہے۔ اور مثانہ مرتفع ہو کر آگے کی طرف کود جاتا ہے۔

عورت میں قعر رحم مرتفع ہو کر ارتفاع مانہ کی طرف دب جاتا ہے۔ فوق عانی حصہ ٹنگانی (suprapubic lithotomy) میں بعض اوقات معائے مستقیم مصنوعی طور پر مستقیم کی جاتی ہے تاکہ مثانہ بہتر وضع اختیار کر لے (صفحہ 515)۔

معائے مستقیم کی اندر کی طرف کا اور قولون کے نیچے کے ۱۸ انچ کا استقصاء سکمانا مینی (sigmoidoscopy) سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ اوزار اس طرح گزارا جائے کہ ہوا کی ایک گدی اس کے سامنے رہے اور اسے صرف درد نہ کے ساتھ ساتھ ہی جوں جوں یہ اس ہوا سے کھلتا ہوا دکھائی دیتا جائے جو پمپ سے اندر داخل کی جاتی ہے، لے جایا جائے تو اسے بلا ضرر اور اکثر درد کے احساس کے بغیر داخل کیا جاسکتا ہے۔ اگر جراح حوضی قولون کے طبعی انحنائوں کو ذہن نشین رکھے تو اس کے دخول میں آسانی ہوتی ہے۔ گاہے گاہے ان مریضوں میں جن میں سکمانا قولون کی ماساریقا (mesosigmoid) بہت چھوٹی ہوتی ہے اس اوزار کو حوض کی لکڑ پر سے گزارنے میں کچھ دقت پیش آتی ہے۔ لیکن اگر احتیاط کی جائے اور مریض کے عضلات مکمل طور پر ڈھیلا ہوں تو اس رکاوٹ کو باسانی دور کیا جاسکتا ہے۔ اس اوزار سے غشائے مخاطی کی رنگت (جو زردی مائل سرخ ہونی چاہئے) اور اس کی ہمواری دیکھی جاسکتی ہے اور کھلتی ہوئی غشائے مخاطی کے ”گلچہ“ (rosette) کی کشادگی کے طریقہ کا ملاحظہ کیا جاسکتا ہے۔ بوہر تضيقات (strictures)، اور سلعات کی سی غیر طبعی حالتوں کی شناخت بھی کی جاسکتی ہے۔ معائے مستقیم کی چسپیدگیاں جو اس کے غلاف کے ذریعہ سے حوضی ردا کے ساتھ ہوتی ہیں بہت محکم نہیں ہوتیں۔ گرد عرقی غلاف سے پیدا شدہ لیفی اطالتیں وسطی باسوری (middle hæmorrhoidal) عروق کے ساتھ ساتھ جاتی ہیں۔ اور جو لیفی بند عجز سے آتے ہیں وہ بھی اس کے غلاف سے مل جاتے ہیں، اور استیصال کے عمل میں ان کو کاٹنا پڑتا ہے۔ اس کی چسپیدگی کا ڈھیلا پن بعض واقعات میں ظاہر ہوتا ہے جن میں روده ہمز میں سے بروز کر آتا ہے۔ مزید برآں معائے مستقیم کے استیصال میں اس حرکت پذیری سے استفادہ کیا جاتا ہے۔

اس کی غشائے مخاطی موٹی اور عروق دار ہوتی ہے، مگر نیچے کے عضلی طبقہ

ڈھیلی جسدیدہ ہوتی ہے۔ یہ ڈھیلان جو بچوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے (prolapse) کی مساعدت کرتا ہے، جو ایک مرض ہے جس میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی غشائیں غلطی میں مزے بروز کرتی ہیں۔ معائے مستقیم اور حوضی قولون کے مقام اتصال پر ایک ناری شکل یا مصراع ہوتا ہے، اور یہاں کا عضلی نظام اکثر متضیق ہوتا ہے، اور وظیفی طور پر عاصرو کی طرح فعل کرتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ فہرہ قدامیہ کے قاعدہ سے اوپر (شکل ۱۲۱)، معائے مستقیم کی مقدم دیوار اوپر اور نیچے کے حصوں کے مقام اتصال پر رودہ کے درونہ میں شکل دار ہوتی ہے جس سے ایک متعرض شکل (transverse fold) بنجاتا ہے۔ اس کو اکثر ہوسٹن (Houston) کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے جس نے اس کا ذکر کیا تھا۔ مستقیم شکل یا مصراع ریع خاص کو جبکہ رودہ خالی ہو بوجی (bougie) یا حقنہ کی لمبی نی کے داخل ہونے میں رکاوٹ پیش کرتے ہیں، لہذا ان کا محل ذہن نشین رکھنا چاہئے۔

546

اس کے عروق میں اور خاص کر اس کے زیرین حصہ کی وریدوں میں دوالی نما اور متسع ہو جانے کی طرف رجحان ہوتا ہے جس سے باسور بنجاتے ہیں۔ بواسیر کے رجحان کی کس قدر توجیہ معائے مستقیم کے محل کے نیچا ہونے اور واپس جانے والی وریدوں پر سخت براز کے دباؤ کا اثر پڑنے اور نیز اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا کچھ حصہ نظامی نظام (systemic system) (داخلی حوضی ورید) کے راستہ سے اور کچھ حصہ باہنی نظام (portal system) (تحتانی ماساریقی ورید) کے راستہ سے واپس ہوتا ہے۔ معائے مستقیم باہنی تنے (portal trunk) کے اس تعلق کی وجہ سے جو زیادہ وسیع نہیں ہوتا بعض اوقات امتلا کی بہت سی قسموں میں جو اس ورید میں واقع ہوتی ہیں حصہ لیتی ہے۔ معائے مستقیم کی وریدیں شدید تنفسی کوششوں سے بھی متاثر ہوتی ہیں۔ معائے مستقیم کے زیرین حصہ یعنی بروں باریطونی حصہ میں جس کا طول ۳ تا ۴ انچ ہوتا ہے عروق کی ترتیب عجیب ہوتی ہے۔ اور یہ اس قسم کی ہوتی ہے کہ اس سے دوالیت (varicosity) کی تائید ہوتی ہے۔ ثریائیں "عضلی طبقات میں سے مختلف لیولوں پر گزرنے کے بعد اس قطعہ میں طولی رخ اختیار کر لیتی ہیں اور

متوازی خطوط میں زیر مخاطی طبقہ کے اندر رودہ کی کورتک چلی جاتی ہیں۔ نیچے کی طرف کو جاتی ہوئی یہ ایک دوسری سے تھوڑے تھوڑے فاصلہ پر ربط پیدا کر لیتی ہیں، اور سوراخ مبرز کے نزدیک یہ ایک دوسری سے آزادانہ تعلق رکھتی ہیں۔ اور یہاں یہ تمام شریانیں معتد بہ جسامت کی مستعرض شاخوں کے ذریعے آپس میں ملی ہوتی ہیں، کولون (Quain: - فوقانی بوا سیری (superior hæmorrhoidal) شریانیں قنال مبرز کی زیر مخاطی بافت میں ختم ہوتی ہیں۔ اور ان سے عرقی کا لم بنتے ہیں جو مبرز تک چلے جاتے ہیں۔ وریدوں سے ایک ضفیہ لمیار ہوتا ہے جس کی ترتیب بعینہ ایسی ہوتی ہے۔ قنال مبرز کی غنائے مخاطی کے نیچے کی وریدیں معائے مستقیم کے عضلی طبقہ کو قنال مبرز سے تفتہ دیا ایک انچ اور منقبت کرتی ہیں۔ مقام اشقاب پر ان کے مضبوط ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کے عروق لمف عضلی طبقہ کو منقبت کرنے کے بعد اس کے خلاف میں اوپر تک چلے جاتے ہیں جہاں اس کی موخر جانب پر ایک یا دو غدود ہوتے ہیں۔ یہ عروق لمف حوضی قولون کی ماسا ریفاس قولون کے بروں آر عروق سے مل جاتے ہیں۔ مزید براں یہ لمفی غدود کے حرقنی گروہ کی طرف بھی جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر ہوتا ہے، اور قطنی غدود کی طرف بھی جاتے ہیں۔ لہذا معائے مستقیم کے زیرین حصہ کے سرطان میں یہ غدود اور ان کی طرف آنے والے عروق ثانوی سرانٹوں کا سب سے ابتدائی محل ہوتے ہیں۔ حوضی قولون کے عروق لمف ان غدود میں جاتے ہیں جو عجوبہ سامنے واقع ہوتے ہیں اور یہ ان دوسرے غدود سے بھی مل جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ماسا ریفاس میں پائے جاتے ہیں۔

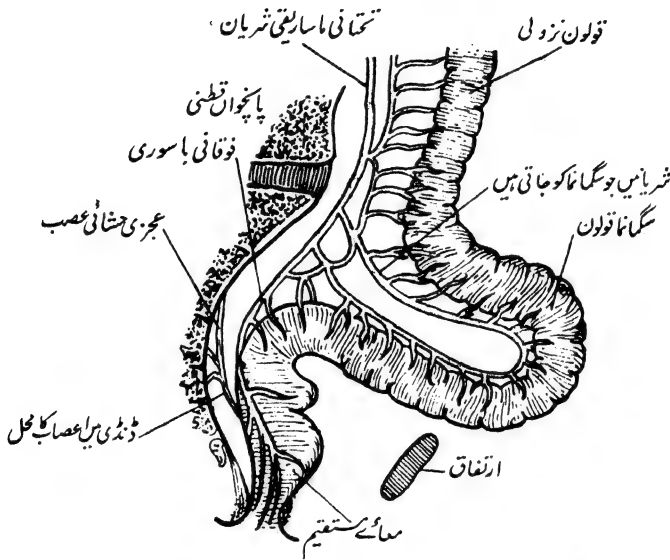
547

معائے مستقیم کو حسی اور صحر کی اعصاب سے جو دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی قطعات سے ان کے تناظر اعصاب میں سے آتے ہیں رسد پہنچتی ہے۔ حرکی اعصاب نیچے کے دو ظہری اور بالائی قطنی قطعات سے بھی آتے ہیں۔ یہ معائے مستقیم تک زیر معدی (hypogastric) اور حوضی (pelvic) ضفیول میں سے ہو کر آتے ہیں تبرز کے معکوس فعل کا انحصار نہ صرف ان اعصاب کے علی حالہ ہونے پر ہی

بلکہ تبریزی مرکز کی وطنی فعالیت پر بھی ہے جو جل شوکی کے قطنی حصہ میں ہوتا ہے۔
 معائے مستقیم کا استیصال (resection of the rectum) مکمل یا
 جزوی، عجانی یا شکی عجانی راستہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بعض حالتوں میں حوضی قولون
 کا نیچے کا سرا نیچے لاکر رودہ سے متصل حصہ کے نیچے ٹانگے لگا کر سی دیا جاتا ہے۔
 لیکن آج کل زیادہ تر ایک مستقل لفافنی حوضی لوئی ٹوٹ (ileo-pelvic colostomy)
 سرانجام دیا جاتا ہے اور متحد کرنے کی کوشش نہیں کی جاتی۔ اگرچہ شکی عجانی عملیہ سے بہتر
 رسائی ہو سکتی ہے اور متعلقہ لمنی غد اور حامل لفافہ بافتیں زیادہ مکمل طور پر رد کی جاتی
 ہیں مگر اس عملیہ کے جلد بعد کی شرح اموات عجانی عملیہ کی نسبت زیادہ ہے۔ اس لئے
 بہت سے جراح موخر الذکر عملیہ کو ان بالیدوں کے لئے ترجیح دیتے ہیں جو معائے مستقیم میں
 انگلی داخل کرنے سے چھوئی جاسکتی ہوں۔ رودہ کے مرض زدہ حصہ کو عجانی زخم میں سے
 علیحدہ کرنے میں معائے مستقیم کے سامنے کی باریطونی تہ انبان کو ابتدا ہی میں عمداً کھول
 دینے سے زیادہ آسانی ہو جاتی ہے۔ شکی عجانی عملیہ ان بالیدوں کے لئے مناسب ہے
 جو معائے مستقیم کے سب سے اوپر کے حصہ میں ہوں۔ عجانی عملیہ میں معصص کو دور
 کر دینے سے رسائی زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔ عملیہ کراسک (Kraske's operation)
 کی سرانجام دہی جس میں چوتھے اور پانچویں عجزی فقرات کے بائیں نصف حصہ دور کر دیے
 جاتے ہیں شاذ و نادر ہی ضروری ہوتی ہے۔ اگر یہ عملیہ کیا جائے تو قبضہ عجزی عصب
 کو محفوظ رکھنے کے لئے خاص احتیاط کی جاتی ہے۔ ان عملیہ جات کی تفصیل کے لئے
 طالب علم کو عملیاتی علم الجراحات کی کتابوں کے مطالعہ کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔
 جیسا کہ شکل ۱۷۲ سے ظاہر ہے معائے مستقیم کو دور کرتے وقت حوضی قولون
 کی خونی رسد کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر فوقانی بوا سیری (superior
 hæmorrhoidal) شریان کو حوضی قولون کی ماسا رلیکا کے قاعدہ پر باندھ دیا جا
 تو ان شریانوں کے بندش میں شامل ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعدی حصہ
 کو جاتی ہیں (بے۔ ڈبلیو۔ سیمتھ : J. W. Smith)۔

مبرز (anus)۔ مبرز کے گرد کی جلد میں کثیر التعداد شکن پائے جاتے ہیں اور

ان میں مبرز کا قرعہ یا انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔ قنال مبرز میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی غشائے مخاطی میں انتصابی شکن پائے جاتے ہیں۔ مارگینی کے کالم (columns of Morgagni)۔ جب اس قنال کو متع کیا جاتا ہے تو یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ اور پیرائہ سالی میں یہ کم واضح ہوتے ہیں۔ جیسا کہ شکل ۱۱۵ اور ۱۲۱ میں ظاہر کیا گیا ہے یہ بستون چھوٹے چھوٹے مستعرض شکنوں یا مصرعوں کے حلقہ پر ختم ہو جاتے



فصل ۱۲۲۔ حوضی قولون اور معائے مستقیم کی شریانی رسد کی ارتسامی توضیح۔
(ونگٹ ٹوڈ: Wingate Todd)۔

ہیں۔ شکن یا مصاریع مبرز یا مصاریع (anal valves) کہلاتے ہیں۔ اور داخلہ عاصہ کے زیرین کنارے کے مقابل واقع ہوتے ہیں۔ جب مبرز بند ہوتی ہے تو اس کی غشائے مخاطی میں بھی جو اس کا استر ہوتی ہے اور مطبق سرطلہ سے پوشیدہ ہوتی ہے

شکل پیدا ہو جاتے ہیں جو اوپر کی طرف کو مبرز میساریع تک چلے جاتے ہیں۔ مبرز میساریع پر معائے مستقیم کے زیر ترین حصہ یعنی قنال مبرز کا ستونی مرحلہ مبرز کی غشائے مخاطی کے منطبق مرحلہ سے مل جاتا ہے۔ یہ میساریع اس مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں دوران نمو میں معائے مستقیم کا آخری حصہ مبرز اولی کے نشیب میں کھلتا تھا۔

جب قنال مبرز بند ہوتی ہے تو کالم اور میساریع مل جاتے ہیں، اور دہنہ مبرز کو ذی استطاعت بنا دیتے ہیں۔ یہ میساریع بعض اوقات سستوں کے گزرنے سے دریدہ ہو جاتے ہیں اور اس طرح جو دریدگی پیدا ہو جاتی ہے اس سے مبرز کا انشقاق (fissure) پیدا ہو جاتا ہے (بال: Ball)۔ ان قروح کا انتہائی درد ان کے قاعدہ پر عصبی ریشوں کے معرا ہو جانے سے اور عضلہ عامرہ کے مسلسل انقباض سے جس کو ان سے تخریک پہنچی ہے پیدا ہوتا ہے۔ حکمتہ المبرز (pruritis ani) کے ۹۰ فی صدی واقعات میں قنال مبرز کی موزر دیوار میں مبرز میساریع کے قریب ایک چھوٹا سا قرعہ ہوتا ہے (ایف سی۔ ویلس: F. C. Wallis)۔ قرعہ کے قاعدہ کا استیصال کرنے سے جس سے عامرہ کا تھوڑا سا حصہ کٹ جائے، یا مبرز کو زور سے مسع کرنے سے ناکہ قرعہ کا قاعدہ پھٹ جائے، اور خلل انداز عضلہ کا فعل کچھ عرصہ کے لئے مشلول ہو جائے اس کا علاج کیا جاسکتا ہے۔

غیر منقبت مبرز (imperforate anus) معائے مستقیم کا نہایت ہی کثیر الوقوع خلعتی نقص ہے۔ یہ حالت ایقاف نمو کو ظاہر کرتی ہے۔ مبرز کا سکون ایک دہرا عمل ہے۔ پہلا عمل عجان سے ایک درون بالید کی پیدائش کا ہے اور دوسرا معاء سے ایک زیر بالید کی پیدائش کا۔ یہ دونوں اجزاء مبرز میساریع کے بالائی سرے پر مل جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے ربط پیدا کر لیتے ہیں۔ غیر منقبت مبرز کے بہت سے واقعات میں براز کے آزادانہ اخراج کے لئے صرف ایک پتلے سے مبرز کی غشا کے کاٹنے کی ہی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر بعض واقعات میں یہ نقص بہت زیادہ ہوتا ہے۔ قنال مبرز موجود نہیں ہوتی۔ اور بعض اوقات معائے مستقیم تک بھی مکمل طور پر نابود ہوتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معائے مستقیم کا لڑکوں میں مجری بول سے اور لڑکیوں میں فوجی رز سے

رابطہ و راہ رکھنا قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ یہ ربط کسی جنینی حالت کے برقرار رہنے سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ شکل ۱۲۳ میں ارتسامی توضیح سے وہ طریقہ ظاہر کیا گیا ہے جس سے معائے مستقیم دارالعبائب کے غیر منقبت مبرز کے ۴ نمونہ جات میں ختم ہوئی تھی۔ ان میں سے نصف سے زیادہ نمونہ جات میں — جو سب کے سب مردانہ تھے — معائے مستقیم غدہ قدآ کے زیرین حصہ پر آکر ختم ہوتی تھی۔ لڑکیوں میں یہ مہبل کے کسی مقام پر بھی ختم ہو سکتی ہے



شکل ۱۲۳۔ یہ شکل اس طریقہ کو ظاہر کرتی ہے جس سے معائے مستقیم غیر منقبت مبرز کے ۴ واقعات میں لڑکوں میں ختم ہوئی تھی۔

551 یا فرجی درز میں کھل سکتی ہے۔ مبرز اولیٰ کا انغداد (proctodæal invagination) جو قنال مبرز کیلئے ہوتا ہے بعض اوقات ناقص الٹکون یا عدیم الوجود ہوتا ہے لیکن ایک عاصرو ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

See Keith Brit. Med. Journ., Dec. 1908. لے

حوض اور عجان کے اعصاب

حوضی اشتاء کو حوضی ضغیرہ اور اعصاب مشار کی سے رسد پہنچتی ہے۔ اس رسد میں کم از کم آخری تین شوکی اعصاب یعنی دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب بھی شامل ہو جاتے ہیں۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ مثانہ، معائے مستقیم اور غدہ قدامیہ وغیرہ کے بعض عوارض میں عجان پر اور قضیب میں اور سرین پر اور ران میں درد محسوس ہوتا ہے۔ ان حصوں کو حیائی (pudic) اور صغیر نسائی (small sciatic) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ اور درد محسوس ہونے کی وجہ اس امر سے ہوتی ہے کہ ان اعضا کے حسی اعصاب جل شوکی کے ایک ہی اور ہم پہلو قطعات اور عصبی مراکز سے نکلتے ہیں۔ معائے مستقیم کے اوپر کے حصہ میں بہت کم حس موجود ہوتی ہے جیسا کہ اذاروں کے گڈانے اور امعاء کے اوپر کے حصہ میں جعیث اور دوسری بالیدوں سے نسبتاً کم درد پیدا ہونے اور سخت براز سے رودہ کے متدد ہونے سے کم تکلیف محسوس ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ اسی عدم حسیت کی وجہ سے غالباً ایسا ہوا ہے کہ مریضوں نے خود حقنہ کرتے وقت غلی معائے مستقیم میں سے کہنے باریطون میں داخل کر لی ہے۔ بخلاف اس کے قال مبرز نہایت حساس ہوتی ہے۔ طبعی طور پر جیسا کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے معائے مستقیم کی مری وہ احساس پیدا کرتی ہے جس سے تبرز کا عمل شروع ہوتا ہے۔ اگر تند یا تمدد کے ساتھ عضلی تشنج موجود ہو تو شدید درد پیدا ہوتا ہے جس کی تعیین بخوبی نہیں کی جاسکتی۔

552

مبرز اور مثانہ کی گردن کے باہمی تعلقات بہت قریبی ہوتے ہیں۔ مبرز کے درد خیز عوارض سے اکثر مثانہ کی تکلیفیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور بواسیر کے عمل کے بعد احتباس بول بہت عام ہوتا ہے۔ اس کے برعکس جو عوارض مثانہ کی گردن کو لاحق ہوتے ہیں ان میں اکثر تاسیر (tenesmus) اور بے چینی پائی جاتی ہے۔ ان حصوں کا تعلق جل شوکی کے مشترک فعلی مراکز سے حوضی ضغیرہ کے ذریعہ سے قائم رہتا ہے، مگر زیادہ حد تک چوتھا عجزی عصب اس تعلق کو برقرار رکھتا ہے۔ یہ عصب مثانہ کو براہ راست

خاص شائیں بھیجتا ہے۔ اور پھر مبرز کے عضلات (عاصوا اور رافعہ) کو اور مبرز اور عصب کے درمیان کی جلد کو رسد پہنچانے کے لئے آگے بڑھ جاتا ہے۔

مجری بول کی غشاء مغالی اور قضیب کے عضلات کو اور قضیب، خصیہ، مجان اور مبرز کی جلد کے زیادہ تر حصہ کو دوسرے، تیسرے اور چوتھے مجری قطعات حیائی (pudic) عصب کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔ چنانچہ اب یہ سمجھ میں آجائے گا کہ اگر مجری بول میں خراش پیدا کی جائے تو اس سے قضیب کی استادگی کا امکان ہوتا ہے جیسا کہ سوزاک میں نوحظ مولم (chordee) سے ظاہر ہوتا ہے، یا اس سے مبالی عضلا میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے (جیسا کہ بعض اقسام کے تشنجی تفسیقات میں پایا جاتا ہے)۔ کم عمر بچوں میں غلغہ کے نیچے افراز کے جمع ہو جانے سے جو خلل واقع ہوتا ہے وہ بعض اوقات اس عضو کی بہت سی خراش پذیری کا باعث ہوتا ہے۔ اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ عجان اور مبرز کے درد خیز عوارض میں نوحظ مستمر (priapism) بھی پایا جاسکتا ہے۔

صغیر نائی (small sciatic) عصب کے ذریعہ سے تیسرے مجری قطعہ کے عجان میں تقسیم ہونے سے اُس درد کے سرین اور ان کے تمام پچھلے حصہ پر محسوس ہونے کی توجیہ کی جاسکتی ہے جس کی شکایت عجانی خراج کے پیدا ہونے اور صنفن کے درد خیز عوارض کے دوران میں اکثر کی جاتی ہے۔ یہ عصب حدیبیہ ورکی (tuber ischii) کے عین سامنے سے گذرتا ہے اور سخت نشست کے استعمال سے اس پر دباؤ پڑنے سے بعض اوقات قضیب اور صنفن کا ایک طرفہ وجع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ عصب ورکی درجک سے بھی قریبی تعلق رکھتا ہے، اور اس درجک کے الہتاب کے واقعات میں انہی حصوں کا وجع العصب پایا جاسکتا ہے۔

خصیہ کو زیادہ تر دسویں ٹھہری قطعہ سے منوی ضفیہ کے ذریعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ گردہ کو بھی کی قدر رسد اس قطعہ سے پہنچتی ہے۔ اور اس امر کی توضیح خصیہ کے وجع العصب کے دوران میں کلوی خطہ میں درد محسوس ہونے، اور گردہ کے بعض عوارض مثلاً مالدلتنا کلیہ اور کلوی حصیات کے گذرنے کے دوران میں خصیہ میں درد محسوس ہونے، اور اس کی بہت سی بازکشی سے (جو ان حالتوں میں دیکھنے میں آتی ہے) ہوتی ہے۔ کلوی

ضغیرہ کے ذریعہ سے خصیہ براہ راست نیم قمری عقود (semilunar ganglia) اور شمسی (solar) ضغیرہ سے تعلق رکھتا ہے جن میں عصب تائیہ (vagus) کے بعض انتہائی ریشے آکر ملتے ہیں۔ اس تعلق سے اس ہبوط عظیم کی جو خصیہ کی ناگہانی چوٹوں میں دیکھنے میں آتا ہے اور خاموئی کرنے کے اس نمایاں رجحان کی جو ایسے ضررات میں پایا جاتا ہے تو جیہ ہو سکتی ہے۔ جہاں تک خصیہ کے اعصاب کا تعلق ہے یہ حکم کے عظیم عصبی مرکز سے اتنا ہی قریبی تعلق رکھتا ہے جتنا کہ معائے صغیر کا بہت ساحہ۔ اور اگر خصیہ دفعۃً کچلا جائے تو انہی شدید عمومی علامات کے پیدا ہونے کی توقع رکھنا چاہئے جو کسی فتق میں لفافہ کی کمپنس کر رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ علامات کی یہی مشابہت پریکٹس میں فی الحقیقت دیکھنے میں آتی ہے۔

حصۃ بنجم - جارحہ اسفل

554

باب بست و دوم کو لے کا خطہ

(THE REGION OF THE HIP)

اس خطہ کا ذکر مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائے گا :-

- ۱۔ سرین (buttocks) -
- ۲۔ فخذی (سکارپا کی Scarpa's) مثلث کا خطہ -
- ۳۔ کو لے کا جوڑ معہ فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ کے -

۱۔ سرین

(BUTTOCKS)

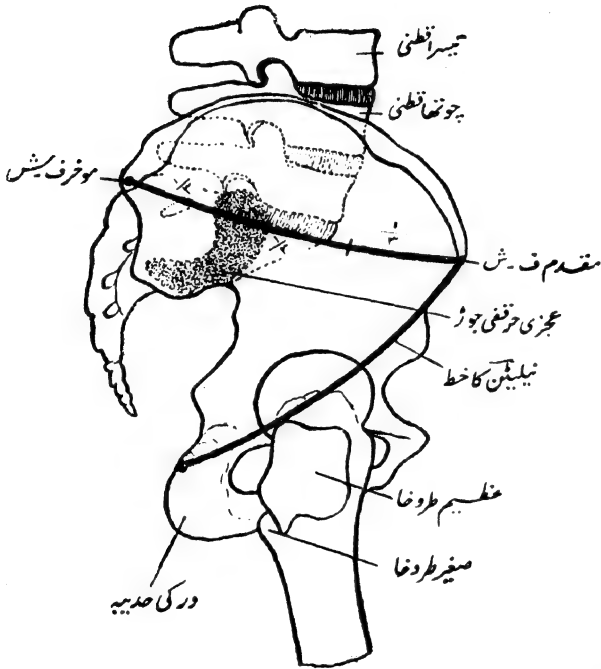
سطحی تشریح - آلوئی خطہ (gluteal region) کے عظمی نقاط بخوبی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔
 حرقفی کا عرف (crest) اور مقدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine) دونوں

واضح ہوتے ہیں۔ موخر فوقانی شوکہ (posterior superior spine) کم نمایاں ہوتا ہے، مگر عرف کا اس کی اپنی موخر انتہا تک تعاقب کرنے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ شوکہ دوسرے عجزی شوکہ کے لیول پر ہوتا ہے، اور عجزی حرقفی مفصل کے مرکز کے عین پیچھے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۴)۔ عظیم طروخا (great trochanter) ایک واضح امتیازی نشان ہے۔ اور یہ عضلہ الویہ کبیہ (gluteus maximus) کے روائی انتہی سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ کو لے کے جوڑ کے مرکز کے لیول پر ہوتا ہے اور عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے وتر سے کسی قدر پوشیدہ ہوتا ہے جو اس کے اوپر سے گذرتا ہے۔ زندہ موضوع میں طروخا کے نسبتاً کم مرتفع ہونے کا انحصار جبکہ اس کا مقابلہ اس عظیم مرمیہ سے کیا جاتا ہے جو پیچ میں اس سے بنتا ہے، عضلہ الویہ کبیہ (gluteus maximus) اور صغیرہ (minimus) کے اس خلا کو مکمل طور پر پُر کرنے پر ہوتا ہے جو اس طروخا اور حرقفہ کے درمیان ہوتا ہے۔ جب یہ عضلات مذبول ہو جاتے ہیں تو یہ زائدہ بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ عظیم افراد میں اس کا محل ایک چھوٹے سے مگر واضح نشیب سے جو کو لے کے جوڑ کے اوپر ہوتا ہے ظاہر ہوتا ہے۔

ورکی حدیہ جات (ischial tuberosities) باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ جب کو لا بسطہ کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ عضلہ الویہ کبیہ کے لحمی ریشوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں، لیکن جب یہ خم کردہ ہوتا ہے تو یہ زائدے ایک بڑی حد تک اس عضلہ کے نیچے سے باہر نکل آتے ہیں۔

ان عظمی نقاط کی رہنمائی سے بہت سے سطحی تشریحی امتیازی نشانات متعین کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۲۵)۔ چنانچہ فوقانی الوی (superior gluteal) شریان عضلہ کبیریہ (piriformis) کے اوپر سے عظیم نسائی کٹاؤ (great sciatic notch) میں سے نکلتی ہے۔ اور اس خط کے اندرونی (بالائی) اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر پائی جاسکتی ہے جو حرقفہ کے موخر فوقانی شوکہ کو عظیم طروخا سے ملاتا ہو جبکہ ران اندر کی طرف کو گردش کئے ہو۔ موخر فوقانی شوکہ سے جو خط حدیہ ورکی کے بیرونی حصہ تک کھینچا جاتا ہے وہ موخر تحتانی اور ورکی (نسائی) دونوں شوکہ جات

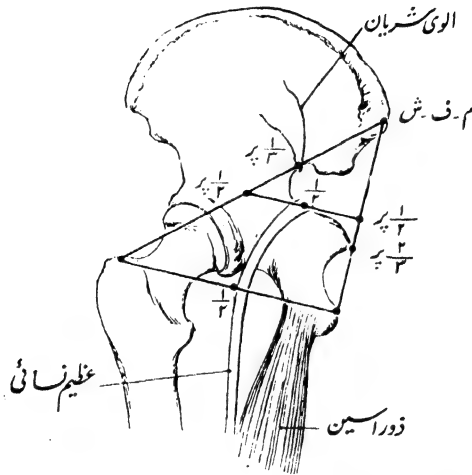
کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے (شکل ۱۲۵)۔ قبل الذکر شوک موضوعاتی شوک سے ۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ اور موضوع الذکر اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ نسائی (sciatic) شریان الوی خط میں اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی



شکل ۱۲۲۔ یہ شکل اس خط کو ظاہر کرتی ہے جس کا استعمال نیلیٹن (Nelaton) نے فحشی کی بالائی غیر وضعت کو معلوم کرنے کے لئے کیا تھا۔ اور یہ ایک اور خط کو ظاہر کرتی ہے جو عجری حرقفی جوڑ کے ترخان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

مقدم ف - ش۔ مقدم فوقانی شوک حرقفی کا۔ مؤخر ف - ش۔ مؤخر فوقانی شوک حرقفی کا۔

- 556 حصوں کے مقام اتصال پر داخل ہوتی ہے۔ داخلی حیائی (internal pudic) شریانی عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کا عصب اور حیائی (pudendal) عصب ورکی شوکہ پر سے گزرتے ہیں۔ اور اس لئے یہ آسانی سے مل بھی جاتے ہیں۔
- 557 عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا ممر سیرین میں مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ موخر فوقانی شوکہ (ا) اور عظیم طر و خا (ب) اور حدیبہ ورکی



شکل ۱۲۵ عظیم نسائی عصب کے خط کو ظاہر کرتی ہے۔
م-ف-ش۔ موخر فوقانی شوکہ۔

(ج) کو ملا کر ایک مثلث بناؤ۔ (ا ب) اور (ا ج) کی (د) اور (س) پر تنصیف کرو اور (د) اور (س) کو خط سے لاؤ۔ یہ عصب عظیم نسائی کٹاؤ میں سے عضلہ کثیریہ (pyriformis) کے نیچے سے (د س) خط کے نقطہ وسطی پر نکلتا ہے۔ یہاں سے یہ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) عضلات توامیہ (gemelli) اور عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) کو عبور کر کے (ب ج) خط کے نقطہ تنصیف تک پہنچ جاتا ہے۔

اس کے بعد یہ ذوراسین (biceps) کے نیچے سے ران میں چلا جاتا ہے۔ یہ نشانات شکل ۱۲۵ کو دیکھنے سے بخوبی سمجھ میں آجائیں گے۔

اس امر کا فیصلہ کر آیا فخذی کی گردن یا اس کے سر میں ضربی یا امراضیاتی قصر واقع ہو چکا ہے ان کا شفات سے باسانی کیا جاسکتا ہے جن میں ان عظمی نقاط سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ فخذی کا فوق طروخائی قصر مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ (۱) نیلیٹن (Nélaton) کا خط۔ مقدم فوقانی شوک سے حدیبہ ورکی تک جو خط کھینچا جائے اسے عظیم طروخا کی نوک پر سے گزرنا چاہئے۔ اگر موخر الذکر اس کے اوپر ہو تو فخذی کی گردن یا اس کے سر میں قصر واقع ہو چکا ہے۔ (۲) برائینٹ (Bryant) کی مثلث۔ عظیم طروخاؤں کی نوک سے جو خطوط اُن عمودوں سے زاویہ قائمہ پر کھینچے جائیں جو مقدم فوقانی شوک سے اس کوچ پر گئے جائیں جس پر مریض تکیہ لگائے لیٹا ہے، اُن کو دونوں جانب پر پول میں متماثل ہونا چاہئے (۳) چیئن (Chiene) کے متوازی خطوط۔ ایک مقدم فوقانی شوک سے لیکر دوسرے تک جو خط کھینچا جائے اسے اُس خط کا متوازی ہونا چاہئے جو ایک طروخا کی نوک سے دوسرے کی نوک تک کھینچا جائے۔ اگر یہ مستقیم ہوں تو یہ فرض کرنے کے لئے کافی وجہ ہے کہ تنگ جانب پر فوق طروخائی قصر موجود ہے۔ (۴) مکردی (McCurdy) کا خط عانی شوک سے جسم کے خط وسطی سے زاویہ قائمہ پر کھینچا جاتا ہے۔ اگر فخذی اپنی لمبی وضع پر ہو تو عانی خط کو عظیم طروخا پر سے یا اس سے مین اوپر سے گزرنا چاہئے (شکل ۱۲۶)۔ اس خط کا نقطہ وسطی فخذی کے سر کے زیرین حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے۔ ان تمام پیمانوں میں عظیم طروخا کے الفاظ سے اس فراز کی نوک مراد لی جاتی ہے۔ اور حدیبہ ورکی سے اس حدیبہ کا نمایاں ترین یعنی موخر خارجی حاشیہ مطلب لیا جاتا ہے۔

سرین کا عضلانی تودہ پیچھے سے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) سے اور آگے سے عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور عضلہ الویہ صغیرہ (gluteus

minimus) اور عضلہ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) سے بنتا ہے موخر الذکر عضلہ اپنا فعل کرنے کی حالت میں یعنی جبکہ ران حالت تبعید میں اور اندر کی طرف کو

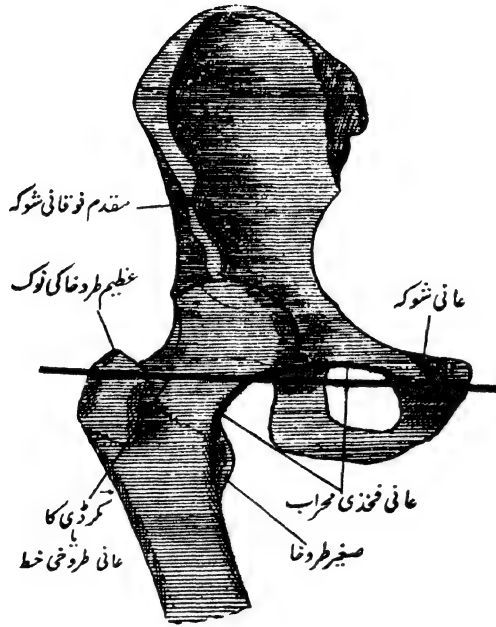
گھومی ہوئی ہو دیکھا جاسکتا ہے۔

سرن کا شکن عضلہ الویہ کبیرہ کے زیرین کنارہ کو جو ترجھا واقع ہوتا ہے عبور کرتا ہے۔ جب کو لا مکمل بسط کردگی کی حالت میں ہو جیسا کہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو سرن گول اور نمایاں ہوتے ہیں، اور الوی شکن مستعرض اور بہت انحن ہوتا ہے۔ جب کو لا ذرا خم کردہ ہو تو سرن چھٹے ہو جاتے ہیں اور الوی شکن ترجھا ہو کر غائب ہو جاتا ہے۔ کولے کے جوڑ کے مرض کے ابتدائی علامات میں سے سرن کا چپٹا پن اور الوی شکن کا فقدان بھی ہیں۔ ان امارات کا انحصار کولے کی خم کردگی پر ہوتا ہے جو علاج سے پیشتر اس عارضہ کے ہر ایک مریض میں تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ بہر حال کولے کے مرض کے تمام واقعات میں اور نیز صادق عرق النسا (sciatica) کے بہت سے مریضوں میں الوی عضلات بہت جلد لاغر ہو جاتے ہیں۔

سرن کے اوپر کی جلد موٹی اور کمزوری ہوتی ہے اور اس میں دل اکثر پیدا ہوتے ہیں۔ اس کی زیر جلدی ردا ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور اس میں بہت سی چربی موجود ہوتی ہے۔ سرنیوں کی گولائی اور ان کے ابعاد کا انحصار عضلی نمو کی نسبت زیادہ تر اسی چربی پر ہوتا ہے۔ ”ہوتمنتوتی زہرہ“ (Hottentot Venus) کے نہایت عظیم الجسام سرنیوں کے غیر معمولی ابعاد کا انحصار جن کا نمونہ بہت سے عجائب خانوں میں پایا جاتا ہے زیر جلدی چربی کے بہت بڑھ جانے پر ہوتا ہے۔ اس حصہ میں شحمی بافت کی جو مقدار موجود ہوتی ہے اس کی وجہ سے سرن شحمی سلعات کے لئے ایک موزوں جگہ ہیں۔ سطحی ردا کے ڈھیلے پن کے باعث خون اور پیپ دونوں کے بڑے بڑے انصبابات الوی خطہ میں واقع ہو جاتے ہیں۔

سرن کی عمیق ردا جو رداۓ عریض (fascia lata) کا ایک حصہ ہے بہت عظیم الاہمیت ہے۔ یہ کثیف غشا اوپر کی طرف حرقفی عرف (iliac crest) اور بحری اور عصب سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ سامنے کی طرف عضلہ الویہ وسطی (gluteus medius) پر سے اترتی ہوئی عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی اندرونی کور پر پہنچ کر دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک اس عضلہ کے اوپر سے اور ایک

اس کے نیچے سے چلی جاتی ہے۔ اس لئے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) ردا کی دو تہوں میں بند ہوتا ہے، اور دونوں چھوٹے الوی عضلات ایک عظمیٰ صفاتی فضا میں محصور ہوتے ہیں جو اوپر کی طرف سے مضبوطی سے بند ہوتی ہے، اور صرف نیچے کی طرف سے



شکل ۱۲۶۔ یہ شکل یہ ظاہر کرتی ہے کہ عانی شوک (درنہ) اور عظیم پردغا کی نوک دونوں ایک ہی افقی مستوی پر واقع ہوتے ہیں (مکرڈی خط)۔ نیز فوفانی کی گردن کے زیرین کنارہ اور سوراخ ساد کے اندرونی کنارہ سے ایک مسلسل محراب (شینٹن کی محراب : Shenton's arch) بنتی ہے جبکہ فوفانی کے تعلقات طبعی ہوں۔

560 ران کی جانب پر اور اندر کی طرف سے نسائی سوراخ پر کھلی ہوتی ہے۔ خون کی وعاء بدیاں اس ردا کے نیچے واقع ہو سکتی ہیں، اور جلد کی رنگت میں کوئی تغیر پیدا نہیں ہوتا جو ان کے وقوع پر دلالت کرے۔ اور خون اس کثیف غشا میں سے گذر کر سطح تک نہیں آ سکتا ایسی وعاء بدیاں مدت تک محسوس رہتی ہیں اور چونکہ ان میں تھوج پایا جاتا ہے اس لئے یہ غلطی سے خراج تصور کی جاسکتی ہیں۔

اس ردا کے نیچے عمیق التهاب واقع ہونے سے خاصکر جبکہ یہ عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے نیچے واقع ہو بہت در پیدا ہوتا ہے، کیونکہ التهابی انقباض دو دیواروں کے درمیان محسوس رہتے ہیں جن میں سے ایک طرف تو ہڈی کی دیوار آتی ہے، اور دوسری طرف کثیف ردا اور مضبوط عضلہ کی۔ ایسے محسوس خراجات سطح تک پہنچنے سے پیشتر ران کے نیچے کی طرف ایک معتد بہ فاصلہ تک چلے جاتے ہیں۔ اور فیرا بوف (Farabeuf) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جس میں ایک الوی خراج پھیلنے سے پہلے نکلے تک چلا گیا تھا۔ بعض حالتوں میں الوی خراج نسائی سوراخوں میں سے گذر کر حوض میں جاسکتا ہے یا حوضی خراج ان میں سے کسی ایک سوراخ میں سے نکل کر سرین کے عمیق خراج کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔

561

ردائے عریض کا وہ موٹا حصہ جو جارحہ کے بیرونی حصہ پر حرقفہ کے عرف (۰) اور پر کی طرف ہوتا ہے اور قصبیہ (tibia) کے بیرونی حدیبہ اور شظیہ (fibula) کے سر (۰) جو نیچے کی طرف ہوتے ہیں کے درمیان ہوتا ہے صر قفی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کہلاتا ہے۔ یہ بند حرقفی عرف اور عظیم طر و خا کے درمیانی خلا پر خوب تنیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر ان دونوں مقامات کے درمیان انگلیوں سے دباؤ ڈالا جائے تو ردا کے اس حصہ کی مزاحمت بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ عظم فخذی کی گردن کے سر میں جب اعظم طر و خا کو عرف کے نزدیک کیا جائے گا تو یہ بند ڈھیلا ہو جائیگا۔ یہ مشاہدہ عظم فخذی کے گردن کے سر میں مفید ثابت ہو سکتا ہے۔

عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی زیرین آزاد کور رچی ہوتی ہے اور سرین کے شکن کے مستعرض خط سے کچھ نیچے ختم ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ عظیم الجسامت

عضلہ بھی گا ہے گا ہے چوٹ سے نشق ہو جاتا ہے۔

عظیم مروخا کے اوپر کم از کم تین درجکیں (bursæ) پائی جاتی ہیں جو اس زائدہ کو تین الوی عضلات سے فرداً فرداً علیحدہ کرتی ہیں۔ ان میں سے وسیع ترین وہ ہوتی ہے جو عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کے منہی (جو حرقہ فی قصبتی بند پر ہوتا ہے) اور عظیم مروخا کی بیرونی سطح کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ درجک عظیم مروخا کو ران کی گرد کے دوران میں اس عضلہ کے نیچے آزادی سے حرکت کرنے دیتی ہے۔ جب یہ تاجہ ملہتب ہو جاتا ہے تو جارحہ کو حرکت دینے میں بہت تکلیف ہوتی ہے، اور ران عموماً خم کردہ اور متقرب رہتی ہے۔ اس وضع کا فائدہ یہ ہے کہ جہاں تک الوی عضلات کا تعلق ہے جارحہ کو حرکت سے مطلق سکون حاصل ہو جاتا ہے، اور یہ عضلات جب فعل کرتے ہیں تو جارحہ کو بسط کردگی اور تنجید کی حالت میں لے آتے ہیں اور اس طرح الیم درجک پر دباؤ ڈالتے ہیں۔

ور کی حدیبہ (ischial tuberosity) پر بھی ایک درجک ہوتی ہے جو ان اشخاص میں ملہتب ہو جاتی ہے جن کو اپنے مشاغل میں بیٹھنے کی بہت ضرورت ہوتی ہے۔ اور اس وضع میں درجک پر براہ راست دباؤ پڑتا ہے۔ یہ تاجہ اس مرض کا تشریحی اساس ہے جو قدیم کتا بوں میں ”سرن بافندہ“ (weaver's bottom) یا ”سرن طلاح“ (lighterman's bottom) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جب یہ درجک ٹی ہو جاتی ہے تو یہ بعض اوقات تحتانی حیائی (inferior pudendal) (موضر فحذی جلدی کی عجائی شاخ) پر دباؤ ڈالتی ہے۔

562

سرن کی شریانیں اور اس کے اعصاب۔ فوقانی الوی شریان (superior gluteal artery) اتنی ہی بڑی ہوتی ہے جتنی بڑی کہ زندی (ulnar) شریان۔ اور نسائی (sciatic) (تحتانی الوی: inferior gluteal) اتنی ہوتی ہے جتنی کہ لسانی (lingual)۔ قبل الذکر کی جسامت بعض اوقات بہت ہی بڑی ہوتی ہے، اور اس کے زخمی ہونے سے زف سے موت جلد واقع ہو چکی ہے۔ الوی عروق میں سے صرف اسی شریان کی شاخیں زخمی ہوتی ہیں، کیونکہ اصلی تنے کا زیادہ تر حصہ حوص کے اندر واقع ہوتا ہے۔ الوی انور سما پہلے بہت قلیل الوقوع نہیں تھے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ

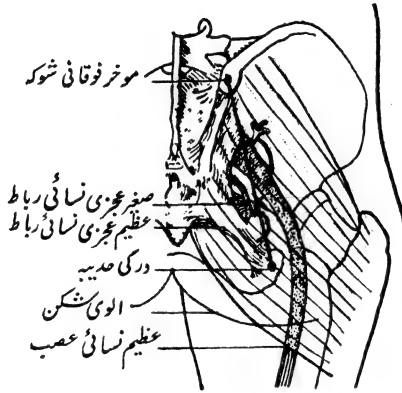
الوی شریان، یا یہ زیادہ صحیح ہو گا کہ دھسلی حرقنی (زیر معدی) تنہا معائے مستقیم میں سے مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ الوی اور نسائی شریانیں دونوں ان کے ممر پر براہ راست شکاف دینے سے سرین میں باندھی جاسکتی ہیں۔ ناز و نادر واقعات میں نسائی عصب کی رفیق شریان بعض اوقات فخذی شریان کی جسامت اور اس کے وظائف اختیار کر لیتی ہے۔

نسائی عصب (sciatic nerve) عجزی ضفیوہ کے بڑے حصہ کا ایک تسلسل ہے جو نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۱۲۵ و ۱۲۶)۔ اس عصب میں وہ وجع العصب جو عرق النسا (sciatica) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کے قریبی تعلقات کا مطالعہ کرنے سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ یہ بہت سے خارجی اثرات کے لئے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ حوض میں یہ حوضی سلعہ کے مختلف اقسام سے دب سکتا ہے، اور اس طرح عرق النسا (sciatica) پیدا ہو سکتا ہے۔ معائے مستقیم میں براز کے مجتمع ہونے سے اس عصب پر دباؤ پڑ سکتا ہے اور وجع العصب پیدا ہو سکتا ہے۔ نیز یہ بھی کہا جاتا ہے کہ پیچیدہ اقسام کے وضع حمل میں جنین کے سر کے دباؤ سے اسے نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور کوئے کی شدید حرکتوں سے یہ ماؤف ہو چکا ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو اس عصب اور کوئے کے جوڑ کے قریبی تعلق کو ذہن نشین رکھنے سے آسانی سمجھ میں آجائے گی۔ مزید برآں یہ عصب سطح سے اتنا قریب ہے کہ باہر کی سردی بھی اس پر اثر ہو جاتا ہے، اور اس اثر کے ساتھ عرق النسا (sciatica) کی بہت سی قسمیں نشوب کی گئی ہیں۔

563 عصب کا آٹناب (nerve-stretching) اور اس میں اشتراک نہا۔

عرق النسا (sciatica) کے علاج کے لئے نسائی (sciatic) عصب بعض اوقات شکاف دے کر معرا کر لیا جاتا ہے، اور اس کا آٹناب کیا جاتا ہے۔ اس طریق کا کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا ضروری ہے کہ یہ عصب اور دوسرے اعصاب حمل شوگی کے ٹوٹنے کے بغیر کس قدر زیادہ جڑ کے متخل ہو سکتے ہیں۔ ٹرومبٹا (Trombetta) جس نے اعصاب کے نقطہ شکست کی طرف بہت توجہ دی ہے، یہ بیان کرتا ہے کہ مندرجہ ذیل اوزان نیچے دئے ہوئے اعصاب کو توڑ سکتے ہیں۔

- عظیم نسائی - ۱۸۳ پونڈ -
 داخلی ماہبسی - (تصبیعی) ۱۱۲ پونڈ -
 مقدم ساقی (فغزی) - ۸۳ پونڈ -
 وسطی - ۸۳ پونڈ -
 زندی اور کبری - ۵۹ پونڈ -
 عضدی ضفیہ گردن میں - ۴۸ تا ۶۳ پونڈ -
 عضدی ضفیہ بغل میں - ۳۵ تا ۸۱ پونڈ -



شکل ۱۲۷ - نسائی عصب کے بالائی حصہ کا تھون اور اس کے تعلقات -

نسائی عصب بسط کردہ اسفل جارح کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے تنیدہ کیا جاسکتا ہے - اس تدبیر سے عرق النسا (sciatica) کے بعض مریضوں کو شفا ہو گئی ہے -

564

عرق النسا (sciatica) کے درد کو رفع کرنے کی غرض سے نسائی عصب میں زیر جلدی اشراب کرنے کے لئے سوئی اس طرح بھونکی جاتی ہے کہ وہ اس مقام پر عصب

میں داخل ہو جائے جہاں یہ ہڈی پر بڑے عجزی نسانی (sciatic: نسانی) کٹاؤ کیے نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ نقطہ اس رہنما خط سے بہترین طور پر معلوم کیا جاتا ہے جو موخر فوقانی شوکہ سے لیکر حدیبہ ورکی (ischial tuberosity) تک کھینچا جائے۔ اگر سوئی کی نوک اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال سے ۱/۴ اینچ باہر کی طرف داخل کی جائے تو یہ براہ راست اس عصب کے اوپر پہنچ جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ عصب یہاں عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور عظم ورکی (ischium) پر عضلہ کمثریہ (pyriformis) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے درمیان واقع ہوتا ہے، جن میں سے اول الذکر اوپر اور موخر الذکر نیچے ہوتا ہے۔ دوسرے سطحی نشانات جو اس خط میں اس عصب کے مکرر گزرتے ہیں صفحہ 555 پر دئے گئے ہیں۔

سرین کی جلدی عصبی رسد کثرت سے پہنچتی ہے۔ اور اس حصہ کی لمبی حساسیت تقریباً اتنی ہی تیز ہوتی ہے جتنی کہ ہاتھ کی پشت پر کی، اور یہ ایسے حصول شلا گدی، ران اور پشت کے وسطی حصول کی اسی قسم کی حساسیت سے زیادہ تیز ہوتی ہے۔ الوی جلد کا احساس قطنی اعصاب کی موخر شاخوں کے شاخچوں، بعض عجزی اعصاب کی شاخوں، آخری ٹھری عصب کی جانبی جلدی شاخ، حرقنی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب کی حرقنی (جانبی) شاخ، خارجی (جانبی) جلدی عصب کے شاخچوں، اور صغیر نسانی (small sciatic) کی بڑی بڑی شاخوں سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ اعصاب چار شوکی قطععات سے آتے ہیں یعنی بارصویں ٹھری، پہلے قطنی، دوسرے اور تیسرے عجزی سے (شکل ۱۵۸ صفحہ 669)۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سرین کی طرف سے نسانی سوراخوں (sciatic foramina) میں سے حوضی احتشاء تک سانی باسانی کی جاسکتی ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ایک مریض داخل ہوا تھا جس کے سرین پر بظاہر ایک معمولی سی ہول لگی تھی۔ چند دن کے بعد وہ حاد التهاب باریطون سے مرگیا، اور امتحان بعد الموت سے یہ ثابت ہوا کہ خنجر عظیم عجزی نسانی کٹاؤ میں سے گزر کر مثانہ میں داخل ہو گیا تھا، اور اس

پیشاب باریطونی کہف میں چلا گیا تھا۔ جنگ عظیم میں بہت سے خراب ترین شکی ضررات وہ تھے جن میں داخلہ کا زخم سرینٹی خط میں واقع تھا۔ سرین کی ضربوں میں معائے مستقیم کو بھی نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور اینگر (Anger) نے ایک مصنوعی مبرز کا حال درج کیا ہے جو سرین پر واقع تھا۔ اور یہ بدوق کے ایک زخم کا نتیجہ تھا جو سرین میں سے ہوتا ہوا عور میں کھل گیا تھا۔ اسی راستہ سے معائے مستقیم کے جوئی استیصال کے لئے کراسک (Kraske) کا عملیہ اور رلٹی (Rigby) کا عملیہ سرانجام دیا جاتا ہے۔

۲۔ فخذی (سکارپا کی) مثلث کا خطہ (Scarpa's)

سطحی تشریح۔ بن ران کے خط کے اہم ترین انتیازی نشانات مقدم فوقانی حرقنی شوکہ، ارتفاق مانہ (symphysis pubis) عانہ کا شوکہ (درنہ) اور اربی (پوپار کا (Poupart's) رباط باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں شوکوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 554)۔ اربی رباط (inguinal ligament) ایک منحنی خطی نشت کرتا ہے جو ان دونوں مرئیہ جات کے درمیان کھینچا جائے اور جس کا انحطاب نیچے کی طرف ہو یہ مضبوط اشخاص میں بھی محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس کا اندرونی نصف بیرونی سے زیادہ واضح ہوتا ہے۔ اور بہت موٹے اشخاص میں بھی اس کا محل ایک خفیف سے فجوہ سے ظاہر ہوتا ہے۔ چونکہ یہ رباط روائے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتا ہے اس لئے یہ ران کی خم کردگی اور تقریب کی حالت میں یا جب کہ اس کو اندر کی طرف گردش دی جائے ڈھیلا اور کم واضح ہو جاتا ہے۔ عانی اور مقدم فوقانی شوکوں کو جو خط ملاتا ہے اس کا نقطہ وسطی فخذی اور کولے کے جوڑ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر بن ران کو عبور کرتی ہوئی اکثر ایک جھری دکھائی دیتی ہے۔

عضلہ خیاطیہ (sartorius muscle) اس وقت دکھائی دیتا ہے جب کہ ٹانگ مقابل کے گھٹنے پر سے آڑی اونچی کی جائے اور عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) اس وقت واضح ہوتا ہے جبکہ ران حالت تبعید میں ہو، اور موضوع کی جار کو تقریب کی حالت میں لانے کی کوششوں کی مزاحمت کی جائے۔ فریہ اشخاص میں بھی

اس عضلہ کی کور محسوس کی جاسکتی ہے جبکہ یہ اپنا فعل زور سے کر رہا ہو، اور انگلیاں اس کے کنارہ سے ساتھ ساتھ مین اس کے مبداء تک جو عانی شوکہ کے نیچے ہی واقع ہوتا ہے پہنچائی جاسکتی ہیں۔

اس خطہ کے لمفی غدود (lymphatic glands) خاص کر دبے بچوں میں بعض اوقات جلد کے نیچے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ فخذی حلقہ (femoral ring) اربی رباط کے نیچے عانی شوکہ سے ۱ انچ باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ صافنی فتمہ (حفرو بیضویہ: fossa ovalis) کا محل بعض اوقات جلد کے ایک خفیف سے نشیب سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ اربی رباط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے، اور اس کا مرکز عانی شوکہ سے تقریباً ۱ ۱/۲ انچ نیچے کی اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ دبے اشخاص میں طویل صافنی ورید صافنی فتمہ کو جاتی ہوئی اکثر شناخت کی جاسکتی ہے۔

اگر فخذی نقطہ (شکل ۸۹) یعنی ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی فوقانی شوکہ کے درمیانی فاصلہ کے وسطی نقطہ سے عضلہ مقربہ کبیرو (adductor magnus) کے درنہ (tubercle) تک جو فخذی کے اندرونی (وسطانی) قندال کے عین اوپر ہوتا ہے، ایک خط کھینچا جائے جبکہ ران خفیف سی خم کردہ، باہر کی طرف کو گھومی ہوئی، اور بعد ہو تو اس کا بالائی دو تہائی حصہ فخذی شریان (femoral artery) کا متناظر ہوگا۔ اربی رباط کے عین نیچے فخذی ورید اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتی ہے، اور مقدم ساقی (فخذی) عصب اس کے باہر کی طرف سے ۱ ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر گزرتا ہے۔ عمیق فخذی (profunda femoris) اربی رباط سے تقریباً ۱ ۱/۲ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور داخلی اور خارجی بنجن (circumflex) عروق اس ساخت سے تقریباً ۲ انچ نیچے سے نکلتے ہیں۔

فخذی (femoral) (سکارپا کی: Scarpa's) مثلث کے اوپر کی جلد سرین کی جلد کی طرح کی نہیں ہوتی بلکہ یہ نسبتاً پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ جو حصے اس کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں ان کے ساتھ اس کے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہونے کی وجہ سے یہ ایک بڑی حد تک کھینچ بھی جاسکتی ہے جیسا کہ بڑے بڑے فخذی فتوق اور بعض عظیم الجسامت

اربی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بعض اوقات یہ شدید جڑ سے دریدہ بھی ہو جاتی ہے جیسا کہ برن (Berne) کے اطلاع کردہ واقعہ میں ہوا تھا۔ اس واقعہ میں مریض ۱۱ سال کا ایک لڑکا تھا جسے کولے کا مرض لاحق تھا۔ اس کی رانیں شکم پر خیم کردہ تھیں اور جب اس بدشکلی کو دور کرنے کے لئے ان کی بسط کردگی زور سے کی گئی تو جلد بن ران کے عین نیچے سے پھٹ گئی اور تقریباً ۲۱ انچ چوڑا شکاف رونما ہو گیا۔

بن ران کے خط کے منقبض ہونے والے ندبوں سے کولے کی مستقل خم کردگی پیدا ہو سکتی ہے۔ اور اس خط کے قرب وجوار کے عمیق اور شدید احتراقات کے بعد یہ نتیجہ اکثر پیدا ہوتا ہے۔ ساتھ ہی یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ بن ران کے افقی زخموں کو ران کو نحیف سی خم کردگی کی حالت میں رکھنے سے بخوبی ملایا جاسکتا ہے۔

ایسی مثالیں درج کی گئی ہیں جن میں مستزاد پستانی غدہ موعنا سب حملہ کے بن ران میں واقع تھا۔ جیسئو (Jessieu) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس میں پستان اسی محل پر واقع تھا اور وہ یہیں سے اپنے بچہ کو دودھ پلاتی تھی (دیکھو صفحہ 245)۔ چند واقعات میں خصیہ صفن میں اترنے کی بجائے فخذی قنال میں سے نکل کر فخذی مثلث میں ظاہر ہو چکا ہے۔ فخذی فتق کی طرح یہ اربی رباط کے اوپر سے بھی گذر چکا ہے۔ اور یہ غالباً جارحہ کے حرکات سے یہ رخ اختیار کرتا ہے۔

اس خط کی سطحی ردا زیادہ کثیف نہیں ہوتی، اور سطحی غراج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہوتی۔ یہ توضیح اس امر سے نہایت اچھی طرح سے ہوتی ہے کہ سکارپا (Scarpa) کی مثلث کے غدہ میں تفعیح اکثر واقع ہوتا ہے، مگر پیپ باوجود اس کے کہ غدہ سطحی ردا کی کثیف تر تہ میں (کیونکہ اس خط میں ردا دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے) مدفوف ہوتے ہیں اکثر حالتوں میں سطح تک پہنچتی ہے، گو اس تہ کو پیپ کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے روکنا چاہئے۔

اگرچہ اس خط میں زیر جلدی چربی خاص طور پر افراط سے نہیں پائی جاتی مگر فخذی مثلث سلعات شحمیہ کے لئے ایک موافق محل ہے۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو مکمل طور پر محصور کرتی ہے اور نہ تک

568

ران کی سامنے کی طرف کا تعلق ہے یہ اوپر کی طرف رباط اربی سے، اور رانی کے جسم اور فرع سے، اور عظم ور کی کی فرع سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس کے تسلسل میں صرف صافنی فتہ (saphenous opening) ہی مغل ہوتا ہے۔ یہ ردامیتق خراجات اور عمیق بالیدوں پر کسی قدر اثر انداز ہوتی ہے، چنانچہ خصری خراج (psaos abscess) ران تک عضلہ خصر (psaos muscle) کی متابعت کرنے سے پہنچ جاتا ہے، اور فخذی مثلث میں پہنچ جانے پر یہ ردا کے عیض (fascia lata) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ کثیر التعداد واقعات میں اسکا منہ وہاں بنتا ہے جہاں عضلہ خصر ختم ہوتا ہے۔ گرد و مری اور قلیل الوقوع مثالوں میں اس کی ترقی پر ردا کے عیض (fascia lata) کا اثر یقیناً پڑتا ہے، اور یہ جارح میں نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اس طرح متاثر ہونے سے خصری خراج ران کے زیرین حصہ میں اور گھٹنے پر بھی ظاہر ہو چکا ہے۔ اور ایریخسن (Erichsen) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جس میں اسی قسم کا ایک خراج (جو نلہری شو کی عمود میں شروع ہوا تھا) انجام کار اعلیٰ وتر (tendo Achillis) (عقبیتی وتر: tendo calcaneus) کی ایک جانب پر کھولا

گیا تھا۔

عضلات۔ حرقفی خصری (ilio-psaos) عضلہ پر جو کولے کے جوڑ کی مقدم جانب پر تننا ہوا معلوم ہوتا ہے اور اس جوڑ کے بہت سے حرکات میں حصہ لیتا ہے سخت ورزشوں میں بار پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس عضلہ اور کولے کے جوڑ کے کولے کے درمیان ایک درجہ ہوتی ہے، جو اکثر اس جوڑ سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ مزمن طور پر ملتہب ہونے سے یہ درجہ ران کے سامنے ایک بڑے سلمہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ الہتاب کی حالت میں اس درجہ سے دباؤ رفع کرنے کے لئے ران ہمیشہ خم کردگی کی حالت میں آجاتی ہے۔ اور ایسے علامات کا ایک سلسلہ نمودار ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے مرض کے علامات سے مختلف نہیں ہوتے۔ مزید براں حرقفی خصری عضلات عمود شو کی کے قطنی خطہ کے بین فقراتی مناسل اور عجزی حرقفی (sacro-iliac) جوڑوں پر بھی فعل کرتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان جوڑوں میں سے کسی ایک کے مرض سے اس عضلہ میں خواش اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ جسم میں درحقیقت اور کوئی عضلات ایسے نہیں ہیں جن کے

مریری تعلقات حرقنی خصری عضلات کی نسبت زیادہ وسیع اور زیادہ اہم ہوں۔ اگر گردوں، مالین، اعور، زائدہ دودیہ، سگما نما قولون، بلبہ، لمفی غد کے حرقنی سلسلہ، یا عظمیٰ منفیرہ کے اعصاب میں کوئی مرضی حالت موجود ہو تو ان حرکات سے جن میں حرقنی خصری عضلہ بھی شامل ہوتا ہے درد پیدا ہوتا ہے۔

خیاطیہ (sartorius) ایک عضلہ ہے جس کے اپنے طول اور عجیب و غریب فعل وغیرہ کی وجہ سے ضرب سے منقش ہونے کی مشکل ہی سے توقع کی جاسکتی ہے۔ مگر ڈوپیرٹن کے عجائب خانہ (Musée Dupuytren) میں اس قسم کے انشقاق کا ایک نمونہ ہے جو اس عضلہ کے وسط پر واقع ہوا تھا اور لمفی بافت سے متحد ہو گیا تھا۔ عضلہ مقربہ (adductor muscles) پر اور خاص کر عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) پر گھوڑ کی سواری کی ورزشوں میں اکثر بار پڑ جاتا ہے۔ اور بعض اوقات جزوی انشقاق تک بھی واقع ہو جاتا ہے کیونکہ زین کی گرفت زیادہ تر انہی عضلات سے قائم رہتی ہے۔ ایسے حادثات کا نام ”سواروں کی موچیں“ (rider's sprains) رکھا گیا ہے۔ ان میں یہ عضلات بالعموم اپنی چسپیدگیوں کے قریب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ جب ان کے ریشے منقش ہو جاتے ہیں تو اکثر بہت سا خون منسوب ہو جاتا ہے، اور ایسے انصابات بعض اوقات اس قدر کثیف اور لیسینی ہو جاتے ہیں کہ ان سے ایک تودہ بن جاتا ہے جو غلطی سے عانین کا علحدہ شدہ ٹکڑا تصور کیا جا چکا ہے (سر ہنری مورس: Sir Henry Morris: ”عظم الراکب“ rider's bone) کی اصطلاح سے عضلہ مقربہ طویلہ یا کبیرہ کے بالائی وتر کا تغلم مراد ہے جو اس پر بار پڑنے یا اس کے جزوی انشقاق کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے واقعات کی اطلاع دی جا چکی ہے جن میں اس وتر میں ہڈی کا یہ ٹکڑا ۱ انچ، ۲ انچ، اور ۳ انچ تک بھی لمبا تھا۔ عضلات پر بار پڑنے اور ان کے ناگہانی فعل سے گاہے گاہے ایسا ہوتا ہے کہ ایک عضلہ یا اس کے کچھ حصہ کا مہتی فخزی سے جزوی طور پر علحدہ ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ گرد عظم کا ایک ٹکڑا بھی جدا ہو جاتا ہے۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محل انشقاق پر نئی ہڈی بن جاتی ہے، اور ایک سلعہ نما تودہ تیار ہو جاتا ہے (گاڈلی: Godlee: عروق خون۔ فخزی شریان femoral artery) فخزی مثلث میں

اتنی سطحی ہوتی ہے کہ یہ اکثر زخمی بھی ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ عرق اس حصہ کے سرطانی اور آکلی (phag-dænic) تقرحات سے پھٹ چکا ہے۔ اس واقعہ سے ہلک نزع واقع ہو چکا ہے۔ اس شران پر دباؤ نموزوں ترین طریقہ سے اس نقطہ پر ڈالا جاتا ہے جو رباط اربی کے عین نیچے حرقہ کے مقدم فوقانی شوکہ اور ارتفاق مانہ کے درمیانی فاصلہ کے وسط پر واقع ہوتا ہے۔ دباؤ کا رخ پیچھے کی طرف کو رکھنا چاہئے تاکہ یہ عرق مانی اور کوئے کے جوڑ کے کیسہ کے ہم پہلو حصوں پر مضبوط ہو جائے۔ اس سے اور نیچے مضبوط کا رخ پیچھے کی اور باہر کی طرف کو ہونا چاہئے۔ تاکہ یہ شریان ہڈی کی پوری سے جا لگے جو اس سے کچھ فاصلہ پر اس کی بیرونی جانب پر واقع ہوتی ہے۔

شریان اور ورید کے نزدیک نزدیک واقع ہونے کی وجہ سے اس خطہ میں زخموں کے بعد شریانی وریدی انورسما پائے گئے ہیں۔ مشترک فخذی شریان میں انورسما پہلے کثیر الوقوع تھا۔ اور اس امر کے لئے کہ یہ عرق کیوں ماؤف ہوتا ہے بہت سے وجوہ پیش کئے جاسکتے ہیں۔ یہ عرق دو بڑے تنوں میں تقسیم ہونے کو تیار ہوتا ہے، اسکا سطحی محل ضرر کے لئے اس کو معرا رکھتا ہے، کوئے کی حرکتوں کا اثر اس پر بہت زیادہ پڑتا ہے، اور اگر اس کی دیوار مرض زدہ ہو تو ان حرکات کی زیادتی سے اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

فخذی ورید (femoral vein) کا وریدی التهاب (phlebitis) اسکے بالائی یا زیادہ سطحی حصہ کی کو فنگی سے واقع ہو چکا ہے، اور ران کی بزور خم کردگی کرنے سے بھی اس قسم کا نتیجہ پیدا ہو چکا ہے۔ طویل (کبیر) صافنی ورید اکثر دوائی نما ہوتی ہے۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) روائے عریض (fascia lata) کے باہر واقع ہوتی ہیں۔ اور اس لئے ان کو اس سے کوئی سہارا نہیں ملتا۔ عضلی مشقتوں میں وریدوں کے اندر کا دباؤ بعض اوقات بہت بڑھ جاتا ہے اور اس حالت میں صافنی وریدوں کو اکیلے معتدبہ بار برداشت کرنا پڑتا ہے۔ اگر یہ بار مدت تک پڑتا رہے تو عضلی طبقات جواب دے دیتے ہیں اور دوائی نما حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ عصب اعصاب مقدم ساقی (anterior crural) یا فخذی (femoral)

حرقنی خصری (ilio-psoas) عضلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ کہا جاتا ہے کہ اس عصب کا وجع العصب اور نیشل بھی اس عضلہ کے التهاب اور خصری خراج سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ تنہا اپنے سطحی محل کی وجہ سے نریات کے لئے معارفہا ہے۔ سلی ساقی (genito-crural) عصب (وہ عصب جو معلاتی: cremaster عضلہ کو رسد پہنچاتا ہے) فخذی مثلث میں سے ایک رشتہ تک ران کو بھیجتا ہے۔ اس عصب کے جو فخذی ثریان کے ساتھ ہی اس کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے محل پر کی جلد کی خراش سے بچوں میں خصیہ فوراً باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ زیادہ شدید ہیجان کی حالت میں یہ نتیجہ اکثر بالغوں میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے محل شوکی کے دوسرے قطنی قطعہ کی حالت کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔

571

اس خط کے لمفی غدود کثیر التعداد ہیں اور چونکہ ان میں خراج اکثر واقع ہوتا ہے اس لئے یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ ان کے درآر عروق کہاں کہاں سے آتے ہیں۔ یہ ایک سطحی اور ایک عمیق گروہ پر منقسم ہیں۔ سطحی گروہ جس میں غدود کی اوسط تعداد دس تا پندرہ ہوتی ہے دو گروہوں میں مرتب ہوتا ہے۔ ان میں سے ایک اربی رابطہ کے متوازی اور قریب ہوتا ہے (افقی سلسلہ)۔ اور دوسرا طویل صافنی ورید کے متوازی اور قریب (انتصابی سلسلہ)۔ عمیق گروہ میں تقریباً چار غدود ہوتے ہیں اور یہ فخذی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ اور فخذی قنال تک پہنچ جاتے ہیں۔

اربی غدود میں مندرجہ ذیل عروق لعل جاتے ہیں:-
 جارحہ سفلی کے سطحی عروق = سطحی غدود کا انتصابی گروہ۔
 شنگ کے زیرین نصف حصہ کے سطحی عروق = افقی گروہ کے وسطی غدود۔
 سرین کی بیرونی سطح کے سطحی عروق = افقی گروہ کے خارجی غدود۔
 سرین کی اندرونی سطح کے = افقی گروہ کے اندرونی غدود (ان عروق میں چند انتصابی غدود جاتے ہیں)۔

سطحی عروق خارجی اعضائے تناسل سے = افقی غدود۔ (چند انتصابی گروہ کو چل جاتے ہیں)۔
 عجان اور مبرزہ کے سطحی عروق = انتصابی گروہ۔

جارجہ اسفل کے عمیق عروق لاف = غدہ کا عمیق گروہ۔
 جو عروق لاف ساد (obturator)، الوی (gluteal) اور سائی (sciatic) شریانوں اور قصبہ کے عمیق عروق کے ساتھ ہوتے ہیں وہ حوض کو چلے جاتے ہیں، اور اربی غدہ سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جارجہ اسفل کے صرف وہی سطحی عروق اربی غدہ کو براہ راست نہیں جاتے جو ٹخنے کی باہر کی اور ٹانگ کی پچھلی جانب کی مسلیت کرتے ہیں۔ ان رقبہ جات کے عروق قصیر (صغیر) صافنی ورید کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور مابضی (popliteal) غدہ میں ختم ہو جاتے ہیں۔ ان غدہ کے برآر عروق عمیق اربی گروہ کو جاتے ہیں۔

عمیق غدہ میں سے ایک غدہ فخذی قنال میں اور فخذی فاصل (septum femorale) کے اوپر پایا جاتا ہے۔ چونکہ یہ کثیف بافتوں سے گھرا ہوتا ہے اس لئے جب یہ ملہتب ہوتا ہے تو اس سے بہت سی تکلیف اور کولے کی حرکت سے بہت سارے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس سے پیدا شدہ معکوس اختلال کی وجہ سے فتنہ مخنوق کے سے علامات پیدا ہو چکے ہیں۔ مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی femoral: عصب کی کچھ شاخیں اربی لمفی غدہ پر واقع ہوتی ہیں۔ اور سرسائی۔ بروڈی (Sir B. Brodie) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ شاخیں دو کلائی یافتہ غدہ پر اس طرح تنبی ہوئی تھیں جس طرح کہ سارنگی کے تار اس کی گھوڑی پر تنے ہوتے ہیں۔ اور اس لئے جارجہ میں شدید درد پایا جاتا تھا، اور تنجی حرکات شروع ہو گئے تھے۔

اربئی غدہ کے برآر عروق لمفی غدہ کے ایک سلسلہ میں سے گزرتے ہیں جو خارج اور مشترک حرقنی عروق کے مر کے ساتھ ساتھ پھیلا ہوتا ہے۔ ان میں سے تین غدہ اربی ربالہ کے عین اوپر واقع ہوتے ہیں۔ غدہ کے داخلی حرقنی گروہ (جس میں حوضی عروق لاف کی مسلیت ہوتی ہے) کے برآر عروق اُس سلسلہ سے مل جاتے ہیں جو مشترک حرقنی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قطنی غدہ حرقنی گروہوں سے لاف وصول کرتے ہیں، اور دائیں اور بائیں قطنی تنوں کے ذریعہ سے اسے کیلوسی برکہ (cisterna chyli) کو بھیج دیتے ہیں۔

دال الفیل (elephantiasis) جارجہ اسفل میں کسی دوسرے حصہ کی نسبت

زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اور اس سے جارحہ کی جسامت بے حد بڑھ جاتی ہے (کوچین اور بربدا کی ٹانگ)۔ اس کی امراضیات اربی عروق لطف سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہے۔ عروق لطف ایک چھوٹے سے سوتی کیڑے یعنی بن کرافٹ کے خیطیہ (Filaria bancrofti) سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ تقالی بافت کے اندر کے لٹنی عروق اور لٹنی فضائیں ملہتہ ہو کر بہت متسع ہو جاتی ہیں۔ اور اس بافت کے عناصر میں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے۔

۳۔ کولے کا جوڑ

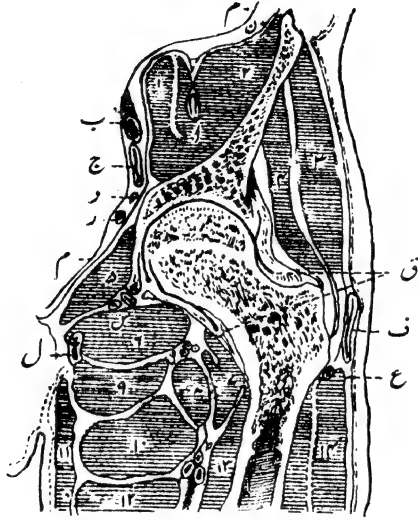
(HIP-JOINT)

کولے کا جوڑ بہت مضبوط ہوتا ہے، اور اس کی وجہ صرف یہی نہیں کہ مفصلی ہڈیوں کی شکل کی وجہ سے یہ ایک عمدہ کردی کبی مفصل (ball-and-socket joint) بن گیا ہے بلکہ یہ بھی ہے کہ ان ہڈیوں کو مضبوط رباط ملاتے ہیں، اور مفصلی بند کیسہ کو بلا واسطہ سہارا دیتے ہیں۔ لیکن اس جوڑ کو جو رعائیں حاصل ہیں ان کی تخفیف کسی حد تک اس بے حد بیرونی قوت کی وجہ سے جس کا اثر عظم فخذی پر ڈالا جاسکتا ہے، اور ان کثیر التعداد مموچوں اور چوٹوں سے ہو جاتی ہے جو اس جوڑ میں اس کے دھڑ اور ٹانگ کے درمیان واحد واسطہ اتحاد ہونے کی حیثیت سے واقع ہوتی ہیں۔

573

فتجان (acetabulum) مفصلی اور غیر مفصلی حصوں پر منقسم ہے۔ قبل الذکر حصہ کی شکل گھوڑے کے نعل کی طرح کی ہوتی ہے، اور اس کا عرض ۱ اور ۲ انچ کے درمیان ہوتا ہے۔ مفصلی رقبہ کے عین اوپر کی ہڈی بہت کشیف ہوتی ہے، اور دھڑ کا وزن اور سے اسی میں سے منتقل ہوتا ہے۔ غیر مفصلی حصہ اس رقبہ کا متناظر ہوتا ہے جو گھوڑے کے نعل سے معصور ہوتا ہے، اور بہت تپلی ہڈی سے بنا ہوتا ہے۔ مگر اس میں کسی ایسی چوٹ سے جو فخذی کو حوضی ہڈیوں کے بالمتقابل دھکیل دے شاذ و نادر ہی کس واقع ہوتا ہے، کیونکہ ایسی کوئی معمولی قوت نہیں ہے جو ران کی ہڈی کے سر کو لا اسھی ہڈی کے اس قطعہ کے ساتھ ملا دے۔

حوضی خراجات بعض اوقات فحجان کے اس غیر مفصلی حصہ میں سے کولے کے جوڑ پر



شکل ۱۲۸۔ ران کے بالائی ایک تہائی حصہ کی انتصابی تراش جو ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو کولے کے جوڑ سے تعلق رکھتی ہیں۔

(برائن: Braune کے مطابق)۔

عضلات - ۱۔ خصریہ - ۲۔ حرقیہ - ۳۔ الویہ وسطیہ - ۴۔ الویہ صغیرہ - ۵۔ عضل سادہ داخل - ۶۔ عضل سادہ خارج - ۷۔ حرقیہ خصریہ - ۸۔ مشطیہ - ۹۔ مقربہ کبیرو - ۱۰۔ مقربہ قصیرہ - ۱۱۔ عضل رشقیہ - ۱۲۔ مقربہ طویل - ۱۳۔ عضل وسیعہ داخل - ۱۴۔ عضل وسیعہ خارج - ۱۵۔ مقدم ساقی عصب - ب۔ خدائی حرقی شریان - ج۔ خارجی حرقی ورید - د۔ عصب سادہ سر - شریان سادہ - هـ۔ عروق مادی شائیس جو کولے کے جوڑ کو جاتی ہیں - ص۔ داخلی منحن عروق - ط۔ عمیق غذائی عروق - ع۔ خدائی منحن کی شاخ - ف۔ عظیم طرؤفا کے اوپر کی درجہ - ق۔ کیہ کے معکوسات غذائی کی گردن پر - ک۔ عظم غائی کی صعودی فرع - ل۔ باریطون - م۔ حرقی ردا۔

داخل ہو سکتے ہیں اور کوئے کے جوڑ کے اندر کا خراج بھی اسی راستہ سے حوض میں پہنچ سکتا ہے۔ کوئے کے جوڑ کے تباہ کن مرض کے بعض واقعات میں فنجان کے تینوں ترکیبی اجزاء علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ سن بلوغ تک یہ تینوں ہڈیاں وائی (۷) کی شکل کی غضروف سے ایک دوسری سے علیحدہ رہتی ہیں۔ اور سن بلوغ پر غضروف میں تغلیم شروع ہو جاتا ہے، اور اٹھارویں سال پر فنجان ہڈی کا ایک مسلسل تودہ بن جاتی ہے۔ لہذا مرض سے فنجان کی شکست صرف اسی سال سے پہلے ممکن ہے۔

ہر قدرتی حرکت کی حد ان عضلات کی وسعت پذیری سے متعین ہوتی ہے جو کسی مفصل کو گھیرے ہوتے ہیں۔ کوئے کے جوڑ پر اس امر کا مشاہدہ آسانی کیا جاسکتا ہے، کیونکہ جب گھٹنا بسط کر رگی کی حالت میں ہوتا ہے اور عضلات کا ذہ (hamstring muscles) اس حالت میں تنیدہ ہوتے ہیں تو کوئے کے جوڑ کی خم کردگی رباطات کے تنیدہ ہونے سے بہت پہلے محدود ہو جاتی ہے۔ رباطات صرف اسی وقت بروئے کار آتے ہیں جب جوڑ کی عضلی محافظت درہم برہم ہو جاتی ہے۔ کوئے کے جوڑ کی خم کردگی جب کہ گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے نرم حصوں کے کیچ ران کے ساتھ مل جانے سے محدود ہو جاتی ہے۔ اس کی بسط کردگی حرقیہ خصریہ (ilio-psoas)، فخریہ تنیدیہ (rectus femoris) اور حرقیہ فخریہ یا وائی (۷) نما رباط سے، اور اس کی تبعید عضلات کے مقرب تودہ اور عانی کیسی (pubo-capsular) رباط سے محدود رہتی ہے۔ خم کردہ جارحہ کی تقریب الوی نظام عضلی اور رباط مدبجہ (ligamentum teres) اور وائی کیسی رباط سے محدود رہتی ہے۔ باہر کی طرف کی گردش کی مزاحمت عضلہ ناشرہ رؤسیہ فخریہ (tensor fasciae femoris)، الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور الویہ صغیرہ (gluteus minimus) کے مقدم حصے اور حرقیہ فخریہ رباط کرتے ہیں۔ رباط مدبجہ (ligamentum teres) جو مضبوط رباط نہیں ہے ران کے خم کردگی اور اس کے باہر کی طرف گھومنے سے تن جاتا ہے۔ مکمل خلع کے تمام واقعات میں یہ منشتی ہو جاتا ہے۔ مگر جو ساختیں اس جوڑ کی صحت و سلامتی کو برقرار رکھنے میں زیادہ حصہ لیتی ہیں وہ رباطات نہیں بلکہ وہ مضبوط عضلات ہیں جو اس کو گھیرے ہوتے ہیں اور اس پر عمل کرتے ہیں۔

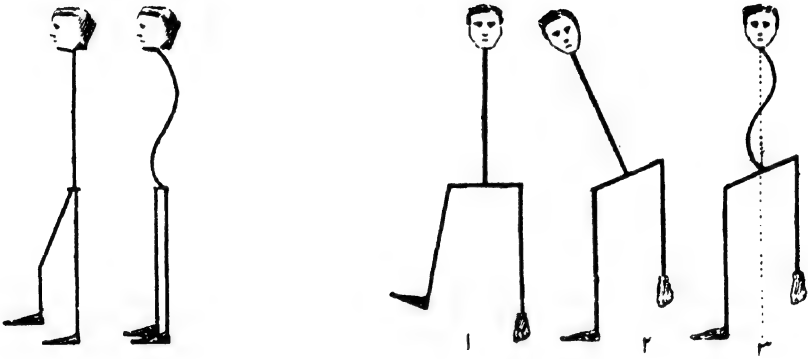
کرہ ہوائی کے دباؤ کا کچھ اثر نہیں پڑتا، کیونکہ کولے کے جوڑ کی تمام طبعی حرکتوں میں فحشی کے سر کی حرکت سے اگر کوئی فضا خالی ہوتی ہے تو وہ مستعرض کٹاؤ پر کی چربی کے فغان میں باسانی کچھ آنے سے پر ہوا جاتی ہے۔ تمام جوڑوں میں چربی کی دب جانے والی گدیاں موجود ہوتی ہیں تاکہ وہ کرہ ہوائی کے دباؤ کے تغیرات کو جوڑ کی حرکتوں میں مغل ہونے سے باز رکھیں۔

کولے کے جوڑ کا مرض (hip-joint disease)۔ یہ جوڑ گہرا واقع ہونے اور نرم حصوں کی ایک موٹی پوشش کی موجودگی سے (شکل ۱۲۸) ان شدید ضربات سے جن سے دوسرے جوڑوں میں حاد التهاب پیدا ہو جاتا ہے محفوظ رہتا ہے۔ زلابی التهاب (acute synovitis) کولے کے جوڑ میں درحقیقت بہت نادر الوقوع ہے۔ اور اس حصہ کا معمولی مرض اپنی نوعیت میں نمایاں طور پر مزمن ہوتا ہے۔ مزید براں اس جوڑ کے گہرا واقع ہونے کا ایک نتیجہ یہ بھی ہے کہ جب مرض کے سلسلہ میں پیپ بنتی ہے تو اس میں محسوس رہتی ہے، اور مدت بعد سطح تک پہنچتی ہے۔ لہذا اس خطہ کا تفتیح اکثر بہت تباہ کن ثابت ہوتا ہے۔ جب اس جوڑ میں انصباب واقع ہو جاتا ہے تو اس سے پیدا شدہ ورم ان حصوں پر ظاہر ہوتا ہے جہاں کولے کے جوڑ کا کیسہ باریک ترین و۔ کیسہ کے باریک ترین حصے سامنے کی اور پیچھے کی طرف ہوتے ہیں۔ سامنے کی طرف وائی (۷) کی شکل کے رباط کی اندرونی کورا اور عانی کیسی رباط کے درمیان مثلث شکل کا ایک وقفہ ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف کیسہ کا موخر اور زیرین حصہ باریک ترین ہوتا ہے۔ کولے کے جوڑ میں انصباب پیدا ہونے کی حالت میں ورم انہی خطوں پر پہلے پہل ظاہر ہوتا ہے۔ اور چونکہ ان حصوں پر باسانی دباؤ پڑ سکتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ یہ حصے ان مقامات کے متناظر ہیں جن پر الیمیت نمایاں ترین ہوتی ہے، اور سب سے پہلے شناخت کی جاتی ہے۔ لہذا ان دو کمزور فضاؤں پر ہی خراجات بنتے ہیں اور راستہ بنا کر کولے کے جوڑ کی سطح پر آتے ہیں۔

کولے کے مزمن مرض (chronic hip-disease) میں ماؤفہ جارحہ

بعض کاذب اوضاع اختیار کر لیتا ہے جن کے معنی سمجھنا ضروری ہیں۔ ان اوضاع کو مندرجہ ذیل طریقہ سے، جہاں تک ممکن ہو ان کی ترتیب ظہور کے لحاظ سے مرتب کیا جاتا ہے۔ (۱) ران خم کردہ، مبتعد اور ذرا سی بروں گردہ ہوتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی (۲) چار حصوں میں ظاہری طوالت اور (۳) شوکہ میں فطا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۰)۔ بعد ازاں (۴) ران مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے، اور اس کی وجہ سے چار حصوں میں (۵) ظاہری قصر پیدا ہو جاتا ہے۔

(۱) پہلی وضع ارد گرد کے عضلات کے لئے صرف آرام کی حالت ہے۔



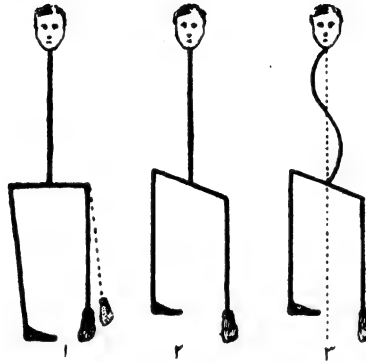
شکل ۱۲۹ - خم کردگی فطا سے پوشیدہ ہے۔

شکل ۱۳۰ - دائیں کو لے کا مرض ابتدائی حالت میں۔

- ۱ - تباعد - پاؤں کو زمین پر لانے کے لئے عرض کا ممکنہ بند
- ۲ - ٹانگ کی تقریب جوارح کو متوازی حالت میں رکھنے کے لئے - نتیجہ
- ۳ - التوا جو جاذبہ کے محور کو پھر بین ساقی مستوی میں لانے کے لئے پیدا ہوتا ہے۔

یہ وہ حالت ہے جس میں یہ جوڑ کی سطحوں پر کم از کم دباؤ ڈالتے ہیں۔ اس وضع میں خم کردگی

نمایاں ترین خاصہ ہوتا ہے۔ اس کا اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ یہ وائی (۷) کی شکل کے رباط کو ڈھیلا کر دیتی ہے جو جراحہ کے سیدھا ہونے کی حالت میں جوڑ کی سامنے کی طرف کو عبور کرتا ہوا مضبوط بند کی شکل میں تنہا ہوتا ہے۔ عضلہ خصریہ (psaos muscle) کی چسپیدگی قریب ہو جاتی ہیں اور اس کا جو دباؤ جوڑ پر پڑتا ہے وہ خم کردگی کی حالت میں کم ہو جاتا ہے۔ (۲) ظاہری طوالت (apparent lengthening) حوض کے مرض زدہ جانب پر جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے جبکہ مریض اپنے جوارح اور دھڑ کو پخت لیٹ کر



شکل ۱۳۱۔ دائیں کوئے کے مرض کے متاخرہ درج۔

۱۔ تقریب۔ ۲۔ جندرست جانب کا جوارح کی متوازی حالت قائم رکھنے کے لئے جھکنا۔ ۳۔ التوا جو جاذبہ محور کو پھر بن ساقی مستوی میں لائیک لے پیدا ہوتا ہے۔

ایک خط مستقیم میں لانے کی کوشش کرتا ہے لیکن جب جراحہ کی مقدم فوقانی ترقعی شوک سے لیکر اندرونی کعبیہ تک فی الحقیقت پیمائش کی جاتی ہے تو جراحہ کے طول میں افزائش ثابت نہیں ہوتی۔ حوض کمزور جراحہ کی مبعدا حالت کے لئے گنجائش بھالنے کی غرض سے مرض زدہ جانب پر نیچے کی طرف کو جھکا ہوتا ہے۔

(۳) فٹا (lordosis) یا شوک کہ کا تقدیمی انحنائیں قطنی خط میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا انحصار جراحہ کی خم کردگی پر ہوتا ہے اور یہ اس کوشش کا نتیجہ ہوتا ہے جو کا ذبضع کو چھپانے یا کم از کم اس سے پیدا شدہ دقتوں کو اقل درجہ تک لانے کے لئے کی جاتی ہے (شکل ۱۲۹)۔ جب ران مرض کی وجہ سے کولے پر خم کردہ ہو جاتی ہے تو جراحہ اسفل کو شوک کے قطنی انحنائے کے مقدم انحناب کو صرف زیادہ کرنے سے اس وضع میں رکھا جاتا ہے تاکہ وہ سیدھا دکھائی دے۔ ہمارے لئے یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ سلب کی شوئی حرکتوں اور کولے کے جوڑوں کی حرکتوں میں ایک باہمی تعلقی موجود ہے اور عضلہ خصریہ ان دونوں پر عمل کرتا ہے۔ اگر کوئی تحدید کولے کے جوڑ پر موجود ہو تو اس کی توجیض قطنی حرکت کو زیادہ کرنے سے کر سکتے ہیں اور اس طرح وہ فٹا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ مریض کولے کے جوڑ کی خم کردگی (جو مرض سے پیدا ہوئی ہو) کے باوجود بستر پر اس طرح چٹ لیٹ سکتا ہے کہ اس کے دونوں جوارح بظاہر بالکل سیدھے دکھائی دیں۔ وہ خم کردگی کو شوک کا (lordosis) پیدا کرنے سے چھپا لیتا ہے۔ گوتھامس (Thomas) نے سب سے پہلے یہ ثابت کیا ہے کہ اگر تندرست ران کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے فٹا (lordosis) رفع کر دیا جائے تو مرض نہ وہ جانب پر ران کی خم کردہ حالت فوراً ظاہر ہو جاتی ہے۔

(۴) جب مرض ترقی کرتا ہے تو ران زود یا بدیر مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے، اور پھر بھی خم کردہ ہی رہتی ہے۔ مفصلی سطحوں کی تباہی (بالخصوص فنجان کے پچھلے حصہ کی) سے اور کیسہ کے فساد تعضیہ اور ارد گرد کے عضلی نظام کے متغیر فعل سے جزوی یا مکمل فلع پیدا ہو جاتا ہے جس سے فخذی کا سر اسلی فنجان کے محل کے پیچھے اور اس کے اوپر چلا جاتا ہے۔ اس حالت میں حقیقی قصر موجود ہوتا ہے۔

(۵) ظاہری قصر (apparent shortening) جو کسی متاخر درجہ پر ظاہر ہوتا ہے اس حالت سے پیدا ہوتا ہے جو عوض کے جھکنے کی اس حالت کے برعکس ہوتی ہے جو مرض کے ابتدائی درجہ میں موجود تھی جبکہ جراحہ حالت تبعید میں تھا۔ جس طریقہ سے عوض بعض اوقات اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے اور اس سے مقرب جراحہ کا ظاہری قصر

پیدا ہو جاتا ہے وہ شکل ۱۳۱ میں بخوبی ظاہر کیا گیا ہے بعض ایسے واقعات میں جن میں کولے کے دونوں جوڑوں کا مرض بیک وقت موجود ہوا اور ان کے علاج کی طرف بخوبی التفات نہ کیا گیا ہو دونوں رانیں حالت تقریب میں رہتی ہیں۔ جب مرض دونوں طرف موجود ہوتا ہے تو جوارح بلاشبہ معمولی ذرائع سے اپنی اپنی صحیح وضع پر آنے کے ناقابل ہوتے ہیں۔ اور اس لئے ایک جارجہ دوسرے کے آگے سے گزر جاتا ہے اور حرکت کا وہ عجیب طریقہ پیدا ہو جاتا ہے جو مُصَلَّب الساقین (cross-legged progression) کے نام سے موسوم ہے۔

579

جب کولے کا مرض ہڈی میں شروع ہوتا ہے تو اس سے عام طور پر پس بالہ (metaphysis) یعنی وہ خطہ ماؤف ہوتا ہے جو بر بالی خط کی در بالی جانب پر ہوتا ہے اور جو فخذی کے سر کو گردن سے متحد کرتا ہے۔ یہ خط تمام کا تمام اس جوڑ کے اندر ہوتا ہے (شکل ۱۲۸)۔ اور جس بر بالہ سے سر بنتا ہے وہ بقیہ ہڈی سے اٹھارویں یا انیسویں سال کے قریب ملتا ہے۔

یہ ایک شہور و معروف امر ہے کہ کولے کے جوڑ کے مرض کے مریض اکثر گھٹنے کے درد کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ درد بعید بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ مرض کے حقیقی محل سے توجہ منقطع کر دیتا ہے۔ اس درد بعید کا سمجھنا آسان ہے، کیونکہ ان دونوں جوڑوں کو جل شوکی کے ایک ہی قطعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ کولے کے جوڑ میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) کی شاخیں کیسہ کی مقدم جانب پر، اور (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے زیرین اور اندرونی حصہ پر، اور (۳) عجزی ضغیرہ اور سائی عصب کی شاخیں جوڑ کے موخر حصہ پر داخل ہوتی ہیں۔ گھٹنے میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) کی شاخیں [جو اعصاب عضلات بسیعہ (vasti) کو جاتے ہیں] کیسہ کی مقدم جانب پر اور، (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے موخر حصہ پر، اور (۳) عظیم سائی عصب کی داخلی اور خارجی نابضی قسموں کی شاخیں جوڑ کی جانبی اور عقبی طرفوں پر داخل ہوتی ہیں۔ لہذا جو درد گھٹنے کی سامنے کی طرف پر چپنی (patella) کی دونوں جانبوں پر محسوس ہوتا ہے وہ غالباً مقدم ساقی

عصب کے ذریعہ سے، اور جوڑ کی پچھلی طرف کا درد عصب ساد (obturator) اور سائی (sciatic) اعصاب کے ذریعہ سے محول ہوتا ہے۔

فخذی کے بالائی سرے کے کسور مندرجہ ذیل اقسام میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں:-
 (۱) گردن کے وہ کسور جو تمام کے تمام کیسے کے اندر واقع ہوں۔ (۲) گردن کے قاعدہ کے کسور جو تمام کے تمام کیسے کے اندر نہ ہوں۔ (۳) گردن کے قاعدہ کے وہ کسور جن میں عظیم طر و غامٹ ہوں۔ (۴) ربالہ کی علحدگی۔ بندوق کے زخموں کے علاوہ بلا واسطہ فتر سے فخذی کی گردن کا توڑنا شکل ہی سے ممکن ہے، کیونکہ یہ ہڈی گہری واقع ہوتی ہے اور ارد گرد کے عضلات کی وجہ سے بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔ لہذا جس چوٹ سے یہ ضرر واقع ہوتا ہے وہ تقریباً ہمیشہ بالواسطہ ہوتی ہے، مثلاً پاؤں یا عظیم طر و غامٹ کے بل گرنے سے یا جارح اسفل کے دفعۃً ٹوڑے جانے سے۔

580

(۱) صادق میان کیسی کسر (intracapsular fracture) سے جوڑ کے اندر گردن کا کوئی ساحصہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔ مگر یہ کسر سر اور گردن کے مقام اتصال پر نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۸ صفحہ ۵۷۳)۔

یہ کسر پوڑھوں میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور ان میں یہ بہت خفیف سی چوٹ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں اس ضرب کے وقوع کے امکان کی توجہ سہارا اور تقویت دینے والی سہکوں کے ذہول اور عضلات کے محافظ معکوسہ کی کمی سے ہوتی ہے۔ یہ انہ سالی میں فخذی کی گردن زیادہ مستعرض رخ اختیار کر لیتی ہے۔ جوانوں میں اس کی گردن پوری کے ساتھ ۱۴۰ درجہ کا زاویہ بناتی ہے، اور بوڑھوں میں یہ زاویہ کم ہو کر ۱۲۰ درجہ کا رہ جاتا ہے۔ اس لئے جب غلط قدم اٹھایا جاتا ہے تو اس میں کسر واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔

یہ کسور شاذ و نادر ہی منفرز ہوتے ہیں۔ مگر جب انفرار واقع ہوتا ہے تو زیرین قطعہ جو نسبتاً چھوٹی اور ٹھوس گردن پر مشتمل ہوتا ہے زیادہ بڑے اور زیادہ شکنجہ قطعہ میں جو اس ہڈی کے سر سے بنا ہوتا ہے ٹکس جاتا ہے۔
 یہ کسور بعض اوقات یا تو زیر گرد عظمیٰ ہوتا ہے اور یا ٹکڑے کیسے کے معکوس حصوں کے

ذریعے سے جوڑے رہتے ہیں۔ یہ معکوس ریشے اس ہڈی کی گردن کے ساتھ ساتھ کیسہ کی جسیپگی سے لیکر جو فخذی پر ہوتی ہے سر کے بہت قریب تک چلے جاتے ہیں۔

اس حصہ کے کسور اکثر متحد نہیں ہوتے کیونکہ جسم کے کسی حصہ کو بھی بے حرکت کرنا اتنا مشکل نہیں جتنا کہ فخذی کی چوٹی کو۔ اگر ٹکڑوں کو حالت سکون میں رکھنا مقصود ہو تو فخذی اور حوض دونوں کو ایک مثبت وضع میں ضرور باندھ دینا چاہئے۔ اور ایسا صرف جوارح اسفل اور دھڑ کو بے حرکت کرنے ہی سے ہو سکتا ہے۔ فخذی کے سر تک خون ان عروق سے آتا ہے جو اس ہڈی کی گردن اور کیسہ کے معکوس حصوں میں ہوتے ہیں۔ مگر سن بلوغ میں رباط مدطج (ligamentum teres) کے ذریعے سے خون کی صرف ایک قلیل سی مقدار ہی پہنچتی ہے (والسلے Walmsley)۔ ٹکڑوں کی رسد خون کی کمی اکثر ان کے اتحاد کی ناکامیوں کی وجہ بیان کی جاتی ہے، مگر اس تنازعہ فیہ مسئلہ کی تائید کرنے کے لئے کوئی حقیقی شہادت موجود نہیں۔

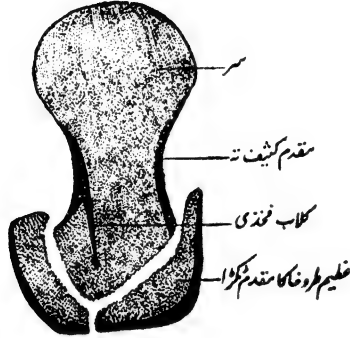
581

(۲) جو کسور گردن کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں ان کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ فخذی کی گردن کا ایسا کسر جو بالکل بروں کیسی ہو تو شکی نامکنات میں سے ہے۔ اور اگر کسر کیسہ کے بالکل باہر واقع ہو تو اس کا عظم فخذی کی پوری کے کچھ حصہ کو باؤف کرنا ضروری ہے، اور یہ سب کا سب عین حق میں سے واقع نہیں ہو سکتا۔ ہڈی کی سامنے کی طرف کیسہ فخذی سے میاں طرؤ خائی خط پر چسپیدہ ہوتا ہے، اور عین اور پوری کے درمیان کے خط اتصال کی ٹھیک ٹھیک متابعت کرتا ہے۔ پیچھے کی طرف کیسہ گردن پر مضر میاں طرؤ خائی خط یا عوف سے تقریباً اچھ اور نہتی ہوتا ہے۔

جب گردن اور پوری کے مقام اتصال پر کے کسور منفرز ہو جاتے ہیں تو اوپر کا ٹکڑا جو ٹھوس اور نسبتاً چھوٹی گردن پر مشتمل ہوتا ہے عظیم طرؤ خا اور پوری کے بالائی سرے پر کی شکلی بافت میں گھس جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ اس انفرز کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ طرؤ خا بعض اوقات شق ہو جاتا ہے اور اس شکست کی وجہ سے دونوں ہڈیاں بازو آزاد ہو جاتی ہیں۔ عین ٹکڑے کا منفرز حصہ چھیننے کی شکل کا ہوتا ہے جس کی دھار کلاب فخذی (calcar femorale) سے بنتی ہے (شکل ۱۳۲)۔

فخذی کی گردن کے کسر کے علامات کے سلسلہ میں مندرجہ ذیل امور مشاہدہ میں آتے ہیں۔ (۱) جارح کی مقدم جانب پر رباط اُربنی کے سین نیچے جو ورم دیکھنے میں آتا ہے وہ یا تو جوڑ میں خون کے منصب ہونے، یا کیسہ کی مقدم جانب پر فکڑوں کے ابھر آنے سے پیدا ہوتا ہے۔ (ب) قصر عضلات الویہ (glutei)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، عضلہ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلہ خیاطیہ (sartorius)، اور عضلہ حرقفہ خصریہ (ilio-psoas)، مقربا (adductors) عضلہ رشتہ مستقیمہ (gracilis) اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے۔

582



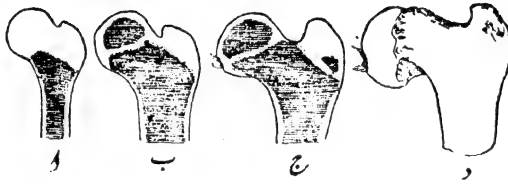
شکل ۱۳۲۔ کلاب فخذی اور اس کے تعلقات عظم فخذی کی گردن کے منفرد کسور کے ساتھ۔ (ارلیف تھامپسن: (Ralph Thompson)۔)

(ج) جارح کی بروں گردی یا باہر کی طرف کی گردش زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) جارح کے وزن سے جو اس کو باہر کی طرف کو گھماتا ہے جیسا کہ بے ہوش یا سوئے ہوئے اشخاص میں دیکھنے میں آتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ خط جاذبہ ران کے بیرونی حصہ میں سے گزرتا ہے۔ (۲) اس امر کی وجہ سے کہ گردن کی موضع جانب کی بستہ بافت مقدم جانب کی نسبت بہت زیادہ بھونک ہوتی ہے۔ چنانچہ عمتی میں جو کسر پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے

وہ سامنے کے کسر کی نسبت اکثر زیادہ وسیع ہوتا ہے، یا کب بعض اوقات پیچھے کی طرف منفرز ہوتا ہے مگر آگے کی طرف منفرز نہیں ہوتا، اور جارحہ کا رجحان ہر حالت میں بروں گردہ ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ تیسرا سبب حرکتیہ (ilio-psoas)، مقسریہ (adductor)، مشطیہ (pectineus) اور چوٹے گردانندہ عضلات کا فعل بیان کیا جاسکتا ہے۔ ان سب عضلات کا رجحان فخذی کو باہر کی طرف کو گھمانے کی طرف ہوتا ہے۔

(۳) گردن کے قاعدہ کے سورجن میں عظیم طر و خاشاں ہوتا ہے۔ اس میں سر، گردن، اور طر و خا کا بہت سا حصہ پوری اور بقیہ طر و خا سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔

(۴) بر بالوں کی علحدگی۔ فخذی کے بالائی حصہ میں تین بر بالے ہوتے ہیں۔



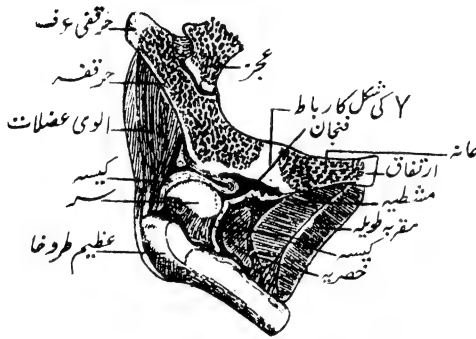
شکل ۱۳۳ فخذی کے بالائی سرے کے تعظم اور قلع النوض کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔
(اسی Flunatic کے مطابق)۔

- ۱۔ بالائی سرا پیدائش پر۔
- ب۔ دومرے سال پر۔
- ج۔ چوتھے سال پر۔
- د۔ اس فخذی کا جو قلع النوض کے مریض سے حاصل کی گئی تھی۔

ایک سر کے لئے جو ۱۸ اور ۱۹ سال کی عمر کے درمیان مل جاتا ہے۔ ایک صغیر طر و خا کے لئے جو ۱۷ سال کی عمر کے قریب متحد ہوتا ہے۔ اور ایک عظیم طر و خا کے لئے جو تقریباً ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گردن پوری کے تعظم کی توسیع سے بنتی ہے (شکل ۱۳۳)۔ سر کا بر بالہ

کلاہ نما ہونے، اور اپنے برہالی خط کے فخذی کے محور سے متعزاً مرتب ہونے، اور نیز اپنے دروں کی محل کی وجہ سے علامہ ہونے سے محفوظ رہتا ہے۔ مگر اس برہال میں ایک عجیب قسم کا خلوع واقع ہوتا ہے جس سے ضربی فدع النوفس (coxa vera) پیدا ہو جاتا ہے۔ برہالہ بدرجہ نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے جس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ فخذی کی گردن جسم کے وزن سے جھکی جا رہی ہے اور پوری سے ۹۰ درجہ کا زاویہ بنانے لگی ہے۔ ایسا نوعمر جوانوں میں ہوتا ہے۔ طروخا کے ارتفاع اور جارجہ کے قصر سے جو اس کا لازمی نتیجہ ہوتا ہے یہ حالت غلطی سے فخذی کی گردن کا کسر یا کولے کے جوڑ کا خلوع تصور کی جا سکتی ہے۔ شلی حالتوں میں اس کے

584



شکل ۱۳۲۔ کولے کا خلعتی خلوع۔

یہ شکل ایک نمونہ کی ہے جو لنڈن ہسپتال میڈیکل کالج میوزیم کے لئے مسٹر اوپن ش (Mr. Openshaw) نے پیش کیا تھا۔ یہ چار سال کے ایک بچہ سے حاصل کیا گیا تھا۔

برعکس حالت روق النوفس (coxa valga) پیدا ہو جاتی ہے۔ گردن کا زاویہ ۱۴۵ درجہ یا اس سے زائد ہوتا ہے۔ عظیم طروخا بعض اوقات علامہ ہو جاتا ہے۔ سر اور عظیم طروخا کے برہالی خطوط گردن کے متوازی ہونے تک مسلسل ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۳۳)۔

کولے کے خلوع (dislocations of the hip)۔ یہ ضرات اس مفصل کے

بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے نسبتاً نادر الوقوع ہیں۔ اور جب یہ تندرست جوڑ میں واقع ہوتے ہیں تو یہ ہمیشہ بہت سخت چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ کولے کے جوڑ کا خلع بعض اوقات غلطی ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلی کوششوں سے از خود پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض نادر الوقوع حالتوں میں دیکھنے میں آتا ہے، یا مفصل کے مرض کا نتیجہ بھی ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ کا خلعتی خلع (congenital dislocation) اکثر مثالوں میں فنجان کے نمو کے ناقص رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں فنجان انٹلی رہتی ہے جیسا کہ جنینی زندگی کے دوسرے مہینے میں دیکھنے میں آتی ہے۔ فنجانی گھیرے کی بروں بالیدگی خاص کر قفنی حصہ میں واقع نہیں ہوتی۔ فنجانی کہف کیسہ کے (جو بے حد ڈھیلا ہوتا ہے) دہراؤ سے بڑھ جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ رباط مستدیر یا تو علی حالہ ہوتا ہے اور یا ناقص النمو ہوتا ہے۔ فخذی کا سر چپٹا ہو جاتا ہے اور گردن چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اور جب بچہ چلنا سیکھتا ہے تو یہ ہڈی ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر پیچھے کی طرف کو پھسل جاتی ہے۔ جسم کا وزن کولے کے جوڑ کے ارد گرد کے عضلات اور رباطات برداشت کرتے ہیں، اور مریض کی رفتار بطح کی چال کے مشابہ ہوتی ہے۔ اگر سر کو اپنی جگہ پر واپس پہنچا دیا جائے تو یہ اتھلے کہف سے پھرمسپل جاتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد حرقفہ کی غظلی زائیدی (osteophytic) بروں بالیدگی سے جدید کہف تیار ہو جاتا ہے۔ یہ بدشکل لاکوں کی نسبت لڑکیوں میں تقریباً نوگن کثرت سے واقع ہوتی ہیں (فیر بینکس: Fairbanks)۔

تشدد سے پیدا شدہ خلوع میں ہڈی کا سر چار سمتوں میں سے کسی ایک سمت میں ٹل جاتا ہے۔ اور اس سے چار باقاعدہ خلوع پیدا ہوتے ہیں۔ دو میں فخذی کا سر اس خط کے جو فنجان میں سے عموداً کھینچا جائے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور دوسرے دو میں یہ اس خط سے آگے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۵-۱۳۶ اور ۱۳۷)۔

۱۔ ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر کے خلع میں سر پیچھے کی اور اوپر کی طرف کھلا جاتا ہے۔ اور حرقفہ پر فنجان کے عین اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔ عضلہ سادہ داخل (obturator internus) پھٹ جاتا ہے۔

۲۔ نسائی کٹاؤ (sciatic notch) کے اندر کے خلع میں سر پیچھے کی طرف

نادیدہ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے نیچے چلا جاتا ہے، اور عظم وری کی پر عام طور پر وری شوک کے لیول کے قریب قریب ممکن ہو جاتا ہے۔

۳۔ سادی یا درقی خلوع (obturator or thyroid dislocation) میں یہ آگے کی اور نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور درقی سوراخ پر ممکن ہو جاتا ہے۔

۴۔ عظم عانی پر جو خلوع واقع ہوتا ہے اس میں سر آگے کی اور اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے اور عظم عانی کے جسم پر اس کے اور عظم حرقفی کے مقام اتصال کے قریب واقع ہوتا ہے۔

ان خلوع کی کثرت وقوع کی ترتیب سرسری طور پر (۱) ۵۰ فی صدی، (۲) ۲۵ فی صدی، (۳) ۱۵ فی صدی، (۴) ۱۰ فی صدی ہے۔

عمومی امور۔ کولے کے ان تمام باقاعدہ خلوع میں (۱) خلع اس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ جارحہ حالت تبعید میں ہو۔ (ب) کیسہ کا اشتقاق ہمیشہ مونوخر اور زیرین حصہ پر ہوتا ہے۔ (ج) ہڈی کا سر پہلے ہمیشہ کم و بیش براہ راست نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ (د) وائی (۷) کی شکل کا رباط نادیدہ رہتا ہے اور رباط مد لجم (ligamentum teres) فشق ہو جاتا ہے۔

586

(۱) یہ کہا جاتا ہے کہ کولے کے تمام خلوع میں حادثہ کے وقت حوض اور عظم فخذ مونوخر الذکر کی تبعید کی باہمی وضع میں ہوتے ہیں۔ فحجان کا زیرین اور اندرونی حصہ بہت اتھلا ہوتا ہے۔ اور کیسہ کا زیرین اور مونوخر حصہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ حالت تبعید میں ہڈی کا سر فحجان کے اٹھلے حصہ میں آ جاتا ہے، اور اس کا نصف سے زیادہ حصہ اس کہف سے باہر نکل جاتا ہے! اور کیسہ کا صرف باریک اور کمزور حصہ ہی اس کو سہارا دیتا ہے۔ اور سمت تبعید میں اس کی آئندہ ترقی صرف عانی کیسی رباط ہی سے محدود ہوتی ہے جو کسی قدر کمزور رباط ہے۔ تبعید میں رباط مستدیر ڈھیلا ہوتا ہے، اور تبعید معہ خم کردگی میں وائی (۷) نما اور وری کیسی رباطات بھی ڈھیلا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے حالت تبعید میں ہڈی کے سر کو کیسہ کے زیرین اور مونوخر حصہ میں سے باہر نکالنے اور اسے نیچے کی طرف لے آنے کے لئے زیادہ قوت درکار نہیں ہوتی۔

(ب) مذکورہ بالا امر کو صحیح تسلیم کرنے سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ کیسہ کا انشتاق ہمیشہ اس کے موخو اور زیرین حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ ”اس انشتاق کے کنارے بالعموم پچھلے ہوتے ہیں، اور یہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ مگر یہ کم و بیش براہ راست فغان کے اٹھلے گھیرے کے قریب سے شروع ہو کر کیسہ کے پتلے حصہ میں سے گزر کر عظم فغزی کے صغیر طرؤخا کے قریب تک جاتا ہوا، اور یہاں سے اس رباط کی پھیلی طرف کے ساتھ ساتھ اس مقام کے نزدیک پہنچتا ہوا پایا جائے گا جہاں یہ رباط اس ہڈی کی گردن سے چسپیدہ ہوتا ہے“

(سر ہنری مورس: Sir Henry Morris)۔

587



شکل ۱۳۵۔ ظہر الحرقفہ پر کا خلوع۔
(بجگو: Bigelow)۔

(ج) اگر جارحہ کی اس وضع کا خیال رکھا جائے جو وقوع حادثہ پر ہوتی ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فغزی ہر ایک حالت میں نیچے کی طرف کو ٹیلگی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ جوڑ کا صرف ایک ہی ابتدائی خلع ہے۔ اور وہ نیچے کی طرف کا ہے۔ اور مذکورہ بالا چاروں قسمیں ثانوی ہیں۔ ان میں سے ہر ایک قسم میں ہڈی دوسرے سے متذکرہ اوضاع اختیار کرنے سے پہلے نیچے کی طرف کو جاتی ہے۔

(د) حرقفی فغزی رباط کسی باقاعدہ خلع میں کبھی منقش نہیں ہوتا۔ یہ بہت کثیف ہونے اور خلع کے وقت شائد کم و بیش ڈھیلا رہنے کی وجہ سے بچا رہتا ہے۔ دست و زنی سے ان خلوع کی

کامیابی سے ترجیع کرنے کے طریقہ کا انحصار زیادہ تر حرقفی فغزی یا وائی ناٹا (Y-ligament) کے سالم رہنے پر ہوتا ہے جو اس بیرم کے لئے جس کا طویل بازو فغزی کی پوری اور قصیر بازو اس کی گردن ہوتا ہے نصاب (fulcrum) کا کام دیتا ہے۔ خلفی خلوع میں سروائی (۷) نما رباط کے پیچھے اور مقدم خلوع میں اس کے سامنے ہوتا ہے۔

کولے کے خلع کی ہر ایک قسم کی تشریح۔ ۲۰۱۔ خلفی خلع (dislocation)

(backwards) شکل ۱۱۵۔ عظم فخذی کا سر جب مذکورہ بالا طریقہ سے مل جاتا ہے تو ابتدائی طاقت اور عضلات الویہ (glutei)، عضلات کا زہ (hamstrings) اور عضلات مقربہ (adductors) اس کو نظریا نسائی کٹاؤ کی طرف لے جاتے ہیں۔ ہڈی اپنا عمومی رخ پیچھے کی طرف کو اختیار کرنے کے بعد جس بندی تک پہنچتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر خلع پیدا کرنے والی قوت اور نیز کیہ کے انشقاق کی وسعت اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator

internus) اور دوسرے خارجی گردانندہ عضلات کے اوتار کی دریدگی پر ہوتا ہے۔ لہذا نظری خلع نسائی خلع کا ایک زیادہ ترقی یافتہ درجہ ہے۔ حادثہ کے وقت خم کردگی اور اندرونی گردش جتنی انتہائی ہوگی اتنا ہی خلع کے نسائی ہونے کا زیادہ امکان ہوگا۔ زیادہ

588

متوسط خم کردگی اور اندرونی گردش سے نظریہ کا خلع پیدا ہوتا ہے۔ نظری خلع میں سر عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے وتر کے اوپر

ہوتا ہے اور نسائی میں یہ اس کے نیچے ہوتا ہے

(بگلو: Bigelow)۔ ان خلفی خلوع میں عضلہ

حرقضیہ خصریہ (ilio-psoas) بہت متیدہ ہو جاتا

ہے۔ عضلہ فخذیہ مربع (quadratus femoris)

عضلات سادہ (obturators)، عضلات توامیہ

(gemelli)، اور عضلہ کشریہ (pyriformis)

کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عضلہ مشطیہ

(pectineus) اکثر دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور

عضلات الویہ بھی کسی قدر شقی ہو جاتے ہیں۔

نسائی عصب (sciatic nerve) بعض اوقات

فخذی کا گردن اور گردانندہ عضلات کے درمیان یا اس ہڈی کے سر اور حدیبہ ورکی کے درمیان مضبوط ہو جاتا ہے۔ دونوں خلفی خلوع میں قصہ اس لئے پیدا ہو جاتا ہے کہ اس ہڈی کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف مل جانے سے مقدم فوقانی شوکہ اور فخذی تھالوں کے



شکل ۱۳۶۔ سادیا درقی خلع۔

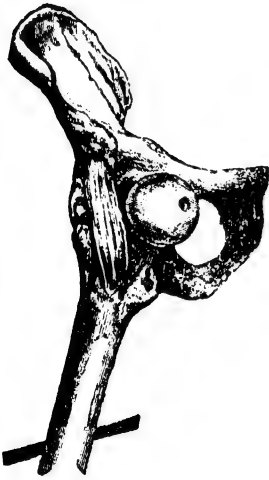
(بگلو: Bigelow)۔

درمیان کا فاصلہ کم ہو جاتا ہے۔ تقریب اور دروں گردیدگی کا زیادہ تر انحصار سر اور گردن کی وضع پر ہوتا ہے جن کا اس ہڈی کے قوسی کی متابعت کرنا جس پر کہ یہ واقع ہوتے ہیں لازمی ہوتا ہے۔ یہ وضع تنیدہ وانی (۷) نہار باطاسو پر قرار رہتی ہے۔ جو نقصان بڑے بڑے بروں گردانندہ عضلات کو پہنچ جاتا ہے اس سے یہ بھی مزاحمت کرنے سے معذور ہو جاتے ہیں۔ خم کردگی وانی (۷) نہار باط اور عضلہ حرقفہ خصریہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔

۳ و ۴۔ مقدم خلع۔ اگر سر فنجان میں سے نکلنے کے بعد اس وقب (socket)

کی اندرونی کور کے ساتھ ساتھ ذرا آگے کی طرف کو چلا جائے تو درقی (thyroid) خلع پیدا

589



شکل ۱۳۴۔ عظیم عانی کے اوپر کا خلع۔

(Bigelow: بگلو)

ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۶)۔ اور اگر یہ اور آگے بڑھ جائے اور اوپر کی طرف کو چلا جائے تو اس کا نتیجہ عانی عظمیٰ ہوتی ہے (شکل ۱۳۷)۔ اس لئے مؤخر الذکر خلع قبل الذکر کی صرف ایک ترقی یافتہ حالت ہی ہے۔ اس امر کا انحصار کہ آیا سر درقی سورخ میں رہے گا یا عظم عانی پر چڑھ جائے گا بسط کردگی اور بیرونی گردش کے بغیر وضعیت کے ساتھ موجود ہونے پر ہے۔ اگر یہ حالتیں موجود ہوں تو عانی قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ ان ضربات میں عضلہ مشطیہ (pectineus) عضلہ ریشقیہ (gracilis) اور عضلات مقربہ (adductors) کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور عضلات کثریہ (pyriform muscles) بہت تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ عصب ساد بعض اوقات تنیدہ یا دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور عانی خلع میں مقدم

ساقی (anterior crural) عصب بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ ان خلوع میں جابر کی جو تبعید اور بروں گردیدگی دیکھنے میں آتی ہے اس کا انحصار کسی حد تک سر [جو وانی (۷) نما

رابط سے مثبت ہوتا ہے کی وضع پر اور کسی حد تک الوی عضلات اور بعض چھوٹے خارجی
بروں گردانندہ عضلات کے فعل پر ہوتا ہے جو مضبوطی سے تنیدہ ہوتے ہیں۔ جارحہ کی
خم کردگی زیادہ تر عضلہ حرقیہ خصریہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ کہا جاتا
ہے کہ درقی خلع میں جارحہ کے طول میں اضافہ ہو جاتا ہے، مگر یہ طوالت صرف ظاہری ہوتی
ہے اور عوض کے ماؤف جانب کی طرف جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ عانی خلع میں
قصہ واقع ہو جاتا ہے، کیونکہ سرفجیان کے لیول سے اوپر چلا جاتا ہے۔

590

دست و زری سے ان خلوع کی ترجیح کرنے کے طریقوں کے متعلق یہاں کچھ نہیں
کہا جاسکتا۔ لیکن معمولی دستور العمل کا مختصر مخلصہ دیا جاسکتا ہے۔

اول۔ خلع ۲۰ میں ران کی مقرب حالت میں
خم کردگی کی جائے۔
خلع ۳۰ و ۴۰ میں ران کی مبعدا حالت میں
خم کردگی کی جائے۔

تاکہ حرقیہ فخذی رابطہ یا وائی (۷) نما
رابط ڈھیلا ہو جائے۔

دوم۔ ۲۰ میں باہر کی طرف کو جکڑ دیا جائے۔ تاکہ سراسی راستہ سے جس سے یہ باہر گیا ہے
۳۰ میں اندر کی طرف کو جکڑ دیا جائے۔ کیسے کے انشقاق میں واپس لایا جاسکے۔
سوم۔ تمام حالتوں میں بسط کردگی کی جائے۔ تاکہ سرفجیان میں از سر نو داخل کر دیا جائے۔
کولے کے خلوع کی ترجیح کرتے وقت یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فخذی کے اندر فی
قذال کا منہ تقریباً اسی طرف کو ہوتا ہے جس طرف کو اس کے سر کا رخ ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ پر ران کا بنز کرنے کے لئے بہت سے طریقوں کا استعمال کیا جاسکتا
ہے، مگر اتفاق رائے اس امر پر ہے کہ عملہ کو اس طرح ترتیب دینا مناسب ہے کہ ابتدائی
شکاف ہی میں فخذی عروق محفوظ کئے جاسکیں۔ ریکٹ ناشکاف سے جوڑ کو علیحدہ کرنے میں
شکاف کا وہ حصہ جو دستہ کو ظاہر کرتا ہے فخذی شریان کے اوپر کے ۳ انچ پر واقع ہوتا ہے۔
اور یہ اربنی رابطہ سے شروع کیا جاتا ہے، اور ایلچی حصہ عانی شوکہ کے ۴ انچ نیچے سے لیکر جارحہ
کی اندر کی طرف کے گرد سے لاکر عظیم طر و خاکے نیچے بیرونی جانب پر پہنچا دیا جاتا ہے۔ فخذی
شریان کے سطحی نشانات صفحہ 566 پر دئے گئے ہیں۔ عقیق فخذی شریان اور اس کی منہن

591

(circumflex) شاخوں کا مبدأ ربی رباط سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔ لیکن یا کثرت اس سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر یا نیچے ہوتا ہے۔ مشترک فخذی (common femoral) کوئلے کے جوڑ سے عضلہ خصریہ کے ذریعہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ فخذی عصب اس کی اندرونی جانب کے قریب اور مقدم ساقی (anterior crural) عصب اس کے باہر کی جانب پر اس سے $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۵۷۳)۔ نسائی (sciatic) اور ساد (obturator) شریانیں بھی ران میں داخل ہوتی ہیں اور ان کو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو اعصاب کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: خارجی، وسطیٰ اور داخلی جلدی، مقدم ساقی کی داخلی صافنی اور عمیق عضلی شاخیں، عصب ساد اور عظیم اور سفید زلی اعصاب۔ اور جو عضلات کاٹے جاتے ہیں وہ یہ ہیں: عضلیہ خلیا لمبہ (sartorius) عضلہ باسطہ ساقیہ مربعہ (quadriceps extensor cruris)۔ مقربہ کبیرہ اور طویل، عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلات کاڈہ (hamstrings)۔ اس جوڑ کا کیسہ کاٹ دیا جاتا ہے اور فخذی کا سرو قب (socket) میں سے باہر کھینچ کر باطنیہ (ligamentum teres) کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل ساختوں کی چسپیدگیوں کو فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ سے علحدہ کرنا ضروری ہوتا ہے۔ عضلات الوبیہ کبیرہ (gluteus maximus) و وسطیہ (medius)، و معفرہ (minimus)، عضلہ کثیریہ (pyriformis)، عضلات توامیہ (gemelli)، عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) و خارجہ (externus) عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris)، عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) و قصیر (brevis)، عضلہ مشطیہ (pectineus)، عضلہ خصریہ (psaos)، عضلہ صرقفیہ (iliacus) معہ کسی رباط کے۔ اگر یہ علیہ نمبیت مرض کے لئے کیا جائے تو ان حملہ عضلات کو ان کے مبادی کے قریب سے جو حوض پر ہوتے ہیں کاٹنا چاہئے اور تقریباً سالم کالڈینا چاہئے۔

بابست وسوم

ران

592

(THIGH)

ران کی اصطلاح کے تحت جارحہ اسفل کے اس حصہ کا بیان کرنا موزوں ہوگا جو مذکورہ سابقہ حصوں اور گھٹنے اور بائنی (popliteal) فضا کے خطوں کے درمیان ہوتا ہے۔ سطحی تشریح - عضل اشخاص میں ران کا خاکہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ لیکن جن اشخاص کے عضلات کم نمویافتہ ہوں اور ان میں زیر جلدی چربی کافی مقدار میں موجود ہو ان میں جارحہ کا یہ حصہ کم و بیش یکساں طور پر مستدیر ہوتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کا فراز ران کی مقدم جانب پر خاص کر جب کہ یہ عضلہ اپنا فعل کر رہا ہو دکھائی دیتا ہے۔ اس ساخت کی اندرونی جانب پر وہ فراز ہوتا ہے جو عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) (وسطیہ: medialis) سے بنتا ہے اور یہ ران کے زیرین نصف پر نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کی بیرونی جانب پر کا تو وہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) (بانبیہ: lateralis) سے بنا ہوتا ہے اور جارحہ کے اس خط کے زیادہ تر حصہ میں واقع ہوتا ہے، مگر نیچے جا کر یہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ران کی مقدم اور اندرونی جانب پر ایک نشیب فخذی مثلث (Searpa's triangle) سے لیکر نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے جو عضلہ ذوالربعۃ الرؤس (quadriceps) اور مقربات (adductors) کے درمیان کے وقفہ کو طرہ کرتا ہے۔ اس میزاب کے ساتھ ساتھ

عضلہ خیاطیہ (sartorius) واقع ہوتا ہے۔ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کی سطح پر ایک طولانی نشیب اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جو رباط عریض (fascia lata) کے برہادہ حرقعی قبضیتی بند (ilio-tibial band) کا دباؤ پڑنے سے بنتا ہے۔ عضلہ کشکافہ (hamstrings) مابضی فضا سے اوپر ایک دوسرے سے تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ اور نہ متقربا ہی سے ان کی علیحدگی شناخت کی جاتی ہے، مگر عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) سے ان کی علیحدگی نمایاں ہوتی ہے۔ اور یہ خارجی بن عضلی فاصلہ (external intermuscular septum) کی متناظر ہوتی ہے۔ فخذی عروق کے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 566)۔ طویل صافنی (long saphenous) ویدران میں عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے ممر کی متابعت کرتی ہے۔ اور سطح پر یہ اس خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو صافنی فتح (صفحہ 566) سے لیکر عضلہ خیاطیہ کے موخر کنارہ تک عظم فخذی کے اندرونی (وسطانی) قندال کے لیول پر کھینچا جائے۔ طویل صافنی عصب (long saphenous nerve) فخذی ثریان کے ممر کی متابعت کرتا ہے۔ پہلے یہ اس عرق کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور پھر اس کو بتدریج محور کر جاتا ہے۔ ران کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں یہ عصب عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے گھٹنے کی اندرونی جانب کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور تقنی ثریان (anastomotic artery) کی سطحی (صافنی: saphenous) شاخ اس کی رفیق ہوتی ہے۔ اگر جراحہ کی پچھلی جانب پر عظیم طر و خا اور حدیبہ ور کی (tuber ischii) کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے لیکر گھٹنے کی پچھلی طرف کے وسط تک ایک خط کھینچا جائے تو وہ عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اور اس کے تسلسلات میں سے ایک یعنی داخلی مابضی (internal popliteal) یا قبضیتی (tibial) متناظر ہوگا۔ یہ عظیم تمام طور پر ران کے وسط سے ذرا نیچے دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔

ران کی جلد باہر کی جانب پر موی ہوتی ہے مگر اندر کی طرف یہ باریک و درنازک ہوتی ہے۔ اور اس لئے ٹیرش کے جلدی پیوندوں (Thiersch's skin-grafts) کے حامل کرنے کے لئے بہت موزوں ہوتی ہے۔ یہاں یہ خراب طریقہ سے پٹیاں باندھنے اور جیرے لگانے سے بآسانی تسخ ہو جاتی ہے۔ ماتحت حصوں سے یہ صرف ڈھیلی چسپیدہ

ہوتی ہے، اور یہ ایک ایسی حالت ہے جو اس خط پر کے مدورہ تور کی سرانجام دہی میں بہت سہولت پیدا کرتی ہے۔ بہر کیف ایک جگہ پر یہ ذرا زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے یعنی اس میزاب پر جو عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلات کا نہ (hamstrings) سے علیحدہ کرتا ہے اور جو بیرونی بین عضلی فاصل کا قناظر ہوتا ہے۔ زیر جلدی بافت کا ڈھیلا پن جلد کے نیچے وسیع وعابدریوں کے واقع ہونے کی تائید کرتا ہے۔ اور اسی کی وجہ سے جارحہ کے اس حصہ کے ضربات میں جلد کے بڑے بڑے دامن پھٹ جاتے ہیں۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو حسیت آئین کی طرح محصور کرتی ہے

594

اس کا بیرونی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور یہاں اس سے کثیف حرقفی تقبیتی (ilio-tibial) بند بنتا ہے۔ ران کی بالائی اور اندرونی سطوح پر جہاں یہ عضلات مقربہ کو پوشیدہ کرتی ہے یہ باریک ترین ہوتی ہے۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب کے قریب پہنچنے پر اس معتد بہ طاقت آجاتی ہے اور تقبیتیہ (tibia) اور چپنی (patella) کے حاشیوں سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ ردا خاص کر اپنے بیرونی حصہ پر سلعات اور خراجات کی بالیدگی کو مزاحم آتی ہے، اور خون کی عمیق وعابدریوں کو محدود کرتی ہے۔ اس کا کچھ حصہ چوٹ سے گاہے گاہے شق ہو جاتا ہے اور دریدگی میں سے ماتحت عضلہ ابھر آتا ہے جس سے عضلہ کافئق نبجاتا ہے۔ یہ حالت عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) اور مقربہ طویل (adductor longus) میں پائی جا چکی ہے۔ ایسے ”فتوق“ میں متاثر عضلات کے ریشوں میں کسیتقد رانشقاق بھی پایا جاتا ہے۔ اس ردا کے دو گہرے زائدے فخذی سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے بیرونی اور اندرونی بین عضلی فاصل (intermuscular septa) بنتے ہیں۔ بیرونی فاصل عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلہ ذوارسین (biceps) سے، اور اندرونی فاصل عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کو عضلات مقربہ سے علیحدہ کرتا ہے۔ یہ فواصل ردائے عریض کے ساتھ مل کر ران کو دو صفاتی فضاؤں میں تقسیم کر دیتے ہیں جو جارحہ کی مستعرض تراش میں ظاہر کیا جاسکتی ہیں (شکل ۱۳۸)۔ لیکن ان قسموں کی کوئی جراحی اہمیت نہیں اور اندرونی فاصل اکثر اتنا باریک اور کمزور ہوتا ہے کہ خراج کے رخ پر اثر انداز نہیں ہو سکتا۔

ران کے مدور بتور میں عضلات میں یکساں طور پر باز کشیدگی واقع نہیں ہوتی، کیونکہ بعض عضلات فخذی کی پوری سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور بعض آزاد ہوتے ہیں۔ اور جو عضلات اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ مقربات (adductors)، عضلات وسیعہ (vasti)، اور ساقیہ (crureus) (عضلہ وسیعہ وسطیہ: vastus intermedius) ہیں۔ اور جو آزاد ہوتے ہیں وہ عضلہ خیاطیہ (sartorius)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، اور عضلہ رشقیہ (gracilis) ہیں۔ بافتوں کی باز کشی کی قوت کو تمام بتور میں ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ ہڈی میں جس کو پوشیدہ کرنا پڑتا ہے باز کشی کی قوت موجود نہیں ہوتی۔ اعصاب بہت کم باز کشیدہ ہوتے ہیں اور جب تک کہ ان کو بہت نزدیک سے نہ کاٹا جائے ان کے سروں کے مچول کر بصلینا اور حساس بنجانے کا احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے ثریاں میں باز کشی کی قابلیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ وریدیں کم لچک دار ہوتی ہیں اور ان میں باز کشی کا رجحان کم ہوتا ہے۔

595

عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) کا وتر باوجود بہت مضبوط ہونے کے عضلہ پر بہت زور پڑنے سے منقطع ہو جاتا ہے۔ ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں عضلہ خیاطیہ (sartorius) پالنتی مار کر بیٹھنے کی حالت میں زور لگنے سے منقطع ہو گیا تھا (Lancet: ۱۸۷۷ء)۔

فخذی شریان (femoral artery) ران میں اپنے ممر کے ہر ایک حصہ میں باندھی جاسکتی ہے اور اس کے محل کے مقابلہ سطحی ہونے کی وجہ سے اس کے ضرر رسیدہ ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ ران کے وسطی ثلث میں یہ عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے ہنٹر (Hunter) کی قنال میں واقع ہوتی ہے۔ جس عجیب و غریب طریقہ سے اصلی شریان کی صرف منفرد شاخوں ہی کو نقصان پہنچتا ہے اس کی بہت سی مثالیں ران میں پائی جاتی ہیں۔ بخلاف اس کے جنگ عظیم کے دوران میں ایسے واقعات بھی درج کئے گئے ہیں جن میں فخذی شریان اور فخذی ورید گولی کے زخم سے مکمل طور پر کٹ گئی تھیں، اور صرف خفیف سائرف ہی واقع ہوا تھا۔ ان واقعات میں یہ معلوم ہوا تھا کہ منقطع سرے دور تک علحدہ ہو گئے تھے، اور ان کی کوریں اندر کی طرف کو عروق کے درونہ جات میں ٹرگمی تھیں۔

فخذی کی پوری کے کسور۔ پوری کے ہر ایک حصہ میں کسور واقع ہو سکتا ہے لیکن یہ ضرور ہڈی کے وسطی ثلث میں نہایت کثیر الوقوع اور بالائی ثلث میں نہایت قلیل الوقوع ہے۔ اگر ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹے تو کسور عام طور پر مستعرض ہوتا ہے، اور اگر بلا واسطہ سے ٹوٹے تو یہ بالعموم ترچھا ہوتا ہے۔ بلا واسطہ ضرب سے کسور واقع ہونے کا امکان ہڈی میں نیچے سے اوپر کو کم ہوتا جاتا ہے، اور بلا واسطہ قوت سے ضرور واقع ہونے کا امکان اس رخ میں بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ یہ واقعہ ہے کہ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے کسور بالعموم ترچھے اور زیرین ثلث کے زیادہ تر مستعرض ہوتے ہیں۔ فخذی اکثر عضل زور سے بھی کسور ہو چکی ہے، مگر یہ امر مستتبہ ہے کہ ایسا سوائے مرض زدہ ہڈی کے کسی دوسری میں کبھی ہوا ہے۔ ان حالتوں میں سے کئی ایک میں قوت کی مقدار جس سے ہڈی ٹھکستہ ہوتی ہے نہایت قلیل ہوتی ہے۔ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے ترچھے کسور میں کسور کا خط بالعموم نیچے کی اور اندر کی طرف کو جاتا ہے۔ اور وسطی ثلث کے ترچھے کسور میں اس کا رخ زیادہ تر نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور اس میں خفیف سا جانبی میلان بھی موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات اندر کی اور بعض اوقات باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ ہڈی کے زیرین ایک نہانی حصہ کے کسور پر گھٹنے کے خط کے سلسلہ میں بحث کی گئی ہے (باب بست و چهارم)۔

596

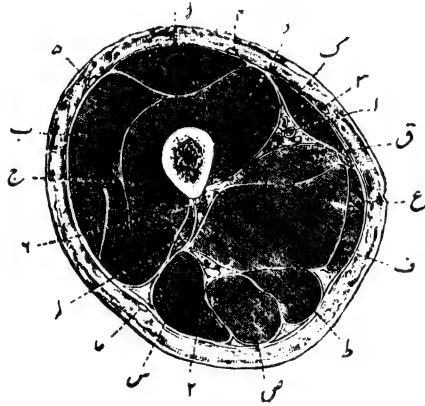
جہاں تک بالائی اور وسطی ایک نہانی حصوں کے کسور کا تعلق ہے، ٹکڑوں کی غیر وضعیتوں کا انحصار زیادہ تر کسور کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔ زیرین قطعہ قاعدۃ اور پکی طرف کو بالائی قطعہ کے پیچھے عضلات کا زہ (hamstrings) سے کھینچ جاتا ہے۔ اور عضل مستقیمہ (rectus)، ریشیقہ (gracilis)، خیاطیہ (sartorius)، ناشر و راسیہ (tensor fasciae)، اور مقربات (adductors) ان عضلات کی مدد کرتے ہیں، اور یہ قطعہ موخر الذکر عضلات کے اثر سے ذرا اپنی اندرونی جانب کو بھی چلا جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کا زیرین سرا آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کو ابھرتا ہے۔ اور اس غیر وضعیت کا باعث نیچے کا ٹکڑا ہوتا ہے جو اوپر کے ٹکڑے کو مذکورہ رخ میں ہٹا دیتا ہے۔ پوری کے بالائی ثلث کے کسور میں اوپر کے ٹکڑے کو باہر کی طرف ابھرنے میں عضل حرقصیہ (ilio-psoas) سے مدد ملتی ہے۔ اسلئے فخذی کی پوری کے کسوریں جو ہڈی کی پیدائش سے پہلے ہوتی ہیں وہ بالعموم راسیہ ہوتی ہیں۔ پاؤں کی بریں گردی جو فخذی کے

کسور میں دیکھنے میں آتی ہے جارحہ کے وزن سے پیدا ہوتی ہے جو بے بس حصہ کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے۔

بعض لولبی (spiral) یا منغولہ نما (helicoidal) کسور ٹوٹی (torsion) سے

پوری کے زیرین حصہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایم۔ فیری (M. Féré) نے تجربہ سے یہ دریا
کہا ہے کہ اگر جارحہ کو دوسری جانب کے گھٹنے کے آگے سے گزار کر پاؤں کو باہر کی طرف گھمائیں
تو فغزی کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر لولبی کسور پیدا کیا جاسکتا ہے
جارحہ کو باہر کی طرف لیجا کر اس کو اندر کی طرف گھمانے سے بھی اسی قسم کا ایک کسور پیدا کیا جاسکتا ہے،

597



شکل ۳۸ - مستعرض تراش ران کے وسط میں ہو۔

(Braune: بران)

ارستقیہ فغزیہ - ب - وسیعہ خارجہ - ج - راقیہ - د - وسیعہ داخلہ - س - ذوراسین کا قصیر سر -
س - ذوراسین کا طویل سر - ص - نیم وتری عضلہ - ط - نیم غشائی عضلہ - ح - مقربہ کبیرہ - ف - ارستقیہ -
ق - مقربہ طویلہ - ک - خیاطیہ - ۱ - فغزی شریان - ۲ - عظیم نائی عصب - ۳ - عظیم صافنی ورید - ۴ - وسطی
جلدی عصب - ۵ - خارجی جلدی عصب - ۶ - عمیق شریان کی ثاقب ثنائیں - ۷ - صغیر نائی عصب -

گو لو لبہ کا رخ اس کے برعکس ہوتا ہے۔

کسر کے بعد جوارح کا قصہ۔ ہڈیوں کے شکستہ سروں کو بٹھانے اور ان کو اس محل پر قائم رکھنے میں جو خاص دقت پیش آتی ہے وہ ارد گرد کے عضلات کے فعل سے پیدا ہوتی ہے۔ کمر واقع ہونے کے وقت سے قرب و جوار کے تمام عضلات پر معکوس انقباض کی ایک حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اس انقباض کو عمومی یا مقامی معدوم حس کے ذریعہ سے رفع کیا جاسکتا ہے اور پھر حصوں کو ان کی مناسب وضع پر قائم کیا جاسکتا ہے۔ حصوں کو ان کی وضع پر قائم رکھنے کے لئے دو اصول ضرور ذہن نشین رکھنے چاہئیں۔ (۱) جن مدموں سے معکوس انقباض پیدا ہوتا ہے ان کو جوڑوں کی مکمل تثبیت سے جبکہ ساتھ عضلات کی تثبیت بھی ہو جاتی ہے ضرور روک دینا چاہئے۔ (۲) جوارح پر وزنوں اور چرنیوں کے ذریعہ سے مسلسل عمل کرنے والی باسط قوت کا استعمال کرنے سے عضلات کی قوت بادرکشی پر بتدریج غلبہ حاصل کرنا چاہئے۔ اس موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جوارح اسفل کا طول بعض اوقات طبعی طور پر غیر مساوی ہوتا ہے۔ ڈاکٹر گارسن (Dr. Garson) نے تقریباً پانچ سو کے مختلط امتحان کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ تمام واقعات میں سے تقریباً ان فی صدی ہی میں دونوں جوارح کا طول مساوی ہوتا ہے۔ انھوں نے یہ بھی دریافت کیا کہ قصبیہ (tibia) کی نسبت فخذی میں یہ اختلاف زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

ران کا بتر۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے (صفحہ 594) عضلات کے غیر مساوی انقباض کی وجہ سے مدور بتر ران کے لئے تمامہ موزوں نہیں ہوتا۔ اس لئے قابل ترجیح عمل یہ ہے جس میں ران کی سامنے کی بافتوں سے بڑا دامن بنایا جاتا ہے اور پچھلی طرف کی ساختوں سے چھوٹا۔ جن مختلف ساختوں سے سابقہ پڑتا ہے وہ اور ان کا باہمی تعلق ران کی تراش کا جیسی کہ شکل ۱۳۸ میں دکھائی گئی ہے مطالعہ کرنے سے بہترین طور پر سمجھ میں آ جاتا ہے۔ جو حصے کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں ذریعہ اردو (quadriceps)، خیاطیہ (sartorius)، ریشیمیہ (gracilis)، کوئل اور کبیر مقرر (adductors)، نینوں عضلات کا ذہ (hamstrings)، سلجی اور عمیق فخذی عسروق

خارجی منحن (external circumflex) تریان کی نزولی شاخیں، زیرین ثاقب عروق، اور طویل صافنی ورید، فخذی عصب کی بڑی بڑی شاخیں (وسطی جلدی، داخلی جلدی، اور عضلی معہ طویل صافنی عصب کے)، خارجی جلدی عصب کی مقدم شاخ، عصب ساد (obturator)، اور عظیم اور صغیر نائی (sciatic) اعصاب۔

باب بست وچہام

گھٹنے کا خط

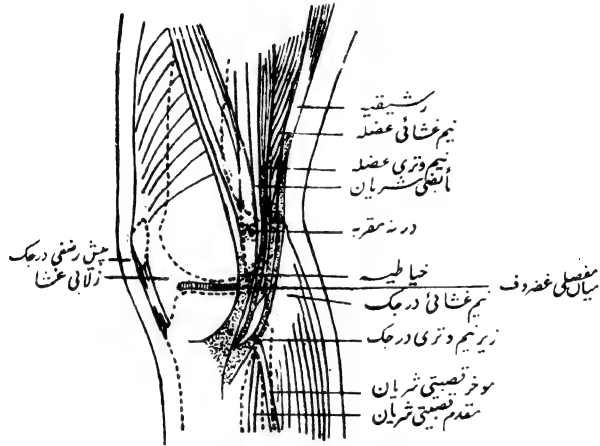
599

اس باب میں گھٹنے کے جوڑ اور اس کے ارد گرد کے نرم حصوں، مابقی فضا (popliteal space)، فخذی کے نیچے کے سرے، چینی (patella) اور قصبیہ (tibia) اور شطیبہ (fibula) کے نیچے کے سروں کا بیان کیا جائے گا۔

سطحی تشریح۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب پر چینی واضح طور پر محسوس کی جاتی ہے۔ اس کا اندرونی کنارہ بیرونی کی نسبت ذرا زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب یہ جارہے بڑھ کر دگی کی وضع میں ہوتا ہے اور عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) ڈھیلا ہوتا ہے تو چینی ادھر ادھر ہلائی جاسکتی ہے، اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ ڈھیلی پسیدہ ہے۔ جب ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) منقبض ہوتا ہے تو یہ ہڈی اوپر کی طرف کو سمجھ جاتی ہے۔ اور فخذی کے بالمقابل مضبوطی سے مثبت ہو جاتی ہے۔ جوڑ کی خم کردگی کی حالت میں چینی اس خالی جگہ میں چلی جاتی ہے جو قصبیہ اور میاں قندالی کٹاؤ (intercondyloid notch) کے درمیان ہوتی ہے۔ اور بہت مضبوطی سے مثبت ہو جاتی ہے۔ اس وضع میں فخذی کی بکری (trochlear) سطح کا کچھ حصہ چینی سے اوپر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ چینی کی ہر ایک طرف ایک خالی جگہ ہوتی ہے، جو فرقہ اشخاص میں جربی سے بعض اوقات مکمل طور پر پُر ہوتی ہے۔

جب جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو رُضفی رباط (ligamentum patellæ) زیادہ واضح طور پر محسوس نہیں ہوتا۔ خم کردگی کی حالت میں یہ ذرا زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اور جب عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) زور سے منقبض ہوتا ہے تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے۔ چربی کی زیر رُضفی گدی اس رباط کی ہر ایک جانب پر باہر کو ابھری ہوتی ہے، اور نا تجربہ کار مشاہد بعض اوقات اس سے یہ سمجھ لیتے ہیں کہ جوڑ میں سیال موجود ہے۔

600



شکل ۱۳۹۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندر کی طرف کی سطحی تشریح۔

گھٹنے کی اندر کی طرف پر مندرجہ ذیل حصص اوپر سے نیچے کو محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۳۹)۔ عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کا در نہ، اور اس عضلہ کا انتہائی وتر، فخذی کا اندرونی قنڈال جو بہت نمایاں ہوتا ہے، (جوڑ کی اس جانب پر جو گول فراز ہوتا ہے اس کا بہت ساحصہ اسی سے بنتا ہے)، اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا اندرونی حدیبہ (قنڈال)۔ ہڈی کے دونوں موخر الذکر زائیدوں کے درمیان میاں مفصلی خط اور

نیم قمری غضروف (وسطانی ہلالیہ: medial meniscus) محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ جوڑ کی بیرونی جانب پر فخذی کا خارجی قندال ہوتا ہے، اور یہ دوسری طرف کے رفیق قندال سے کم نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا متناظر حدیبہ ہوتا ہے جو ایک نمایاں فراز کی شکل کا ہوتا ہے۔ ذوراسین (biceps) کے وتر کے عین سامنے خارجی جانب رباط کا بالائی حصہ محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جوڑ ذرا خم کردہ ہو۔ اس وتر اور صپنی کے درمیان حرقی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کا نیچے کا حصہ ایک نمایاں مستدیر بند کی شکل میں قصبیہ (tibia) کے خارجی حدیبہ (قندال) سے نیچے کی طرف کو آتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب گھٹنا عضلی فعل سے بزور بسط کردہ ہو تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے اور اکثر جلد کے نیچے واضح طور پر ابھر آتا ہے۔ قصبیہ (tibia) کا درنہ اور شطبیہ (fibula) کا تقریباً ایک ہی لیول پر باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔

ماہی فضی (popliteal space) صرف اسی حالت میں ایک گڑھے کی شکل میں نمودار ہوتی ہے جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو۔ بسط کردہ جارحہ میں اس گڑھے کی جگہ ایک فراز نمودار ہو جاتا ہے جس کی گولائی یکساں ہوتی ہے۔ جلد کا وہ شکن جو گھٹنے کے خم کے پیچھے سے مستعرضاً گزرتا ہے وہ گھٹنے کے جوڑ کے خط سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس فضا کی بیرونی جانب پر ذوراسین (biceps) کا وتر خاص کر جب کہ یہ عضلہ فعل کر رہا ہو بہت آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے عین پیچھے اور اس کے اندر ٹی کنارہ کے ساتھ ساتھ مشترک شطبی (common peroneal) عصب واقع ہوتا ہے۔ اسے شطبیہ (fibula) کے سر پر جیسے یہ عبور کر کے عضلہ شطبیہ طویل (peroneus longus) کے نیچے چلا جاتا ہے، انگلی کے نیچے پھرایا جاسکتا ہے۔ اہلہ (ham) کی اندر کی طرف تین وتر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ اس فضا کے وسط کے قریب ترین نیم وتری عضلہ (semitendinosus) کا طویل اور نمایاں وتر ہوتا ہے۔ اس کے اندر کی طرف نیم غنائی عضلہ (seminembranosus) کا اس سے بڑا اور کم واضح وتر ہوتا ہے۔ اور اس کے اندر کی طرف عضلہ رشیقیہ (gracilis) شناخت کیا جاسکتا ہے۔

ماہی عروق (popliteal vessels) اہلہ (ham) میں اس کے بالائی اور

اندرونی حصہ پر نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے سے ترچھے رخ میں اُغل ہوتے ہیں۔ اس عضلہ کا بیرونی کنارہ شریان کے بالائی حصہ کی رہنمائی کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ عروق نیچے کی طرف کو آتے ہوئے اس نقطہ پر پہنچتے ہیں جو گھٹنے کے جوڑ کے وسط کے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور پھر عموداً نیچے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ مُنبفی (popliteal) شریان کی انتہا جو عضلہ مُنبفیہ (popliteus) کے زیرین کنارے پر ہوتی ہے، قصبیہ (tibia) کے درز کے زیرین حصہ کے لیول پر پائی جاتی ہے۔ اس فضا کے بالائی حصہ میں ورید شریان کے باہر کی طرف واقع ہوتی ہے اور عصب اور بھی باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زیرین حصہ میں یہ ساختیں ایک دوسرے کو عبور کر جاتی ہیں اور ہر ایک کے محل کی ترتیب الٹ جاتی ہے۔ عبور کرتے وقت شریان سب سے گہری واقع ہوتی ہے، اور عصب سب سے اوپری (موخر) ہوتا ہے، اور ورید درمیان میں ہوتی ہے۔ جب جارحہ خم کردہ ہوتا ہے تو شریان کے نبضات محسوس کئے جاسکتے ہیں اور یہ عرقی اس مقام سے ذرا نیچے جہاں یہ مُنبفی فضا میں داخل ہوتا ہے فخذی کے بالمقابل مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ بالائی مفصلی شریانی فخذی قندالوں کے عین اوپر مستعرض رخ میں اندر کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں۔ اور زیرین مفصلی شریانی بھی مستعرض واقع ہوتی ہیں، ان میں سے اندرونی عروق قصبیہ کے اندرونی حدیبہ کے عین نیچے سے گذرتے ہیں، اور بیرونی شظیہ (fibula) کے سر کے عین اوپر سے قصبی کبر (anastomotica magna) کی عمیق شاخ فخذی کے اندرونی قندال تک عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کے جرم میں سے، اور مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کے وتر کی مقدم جانب کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ داخلی صافنی (internal saphenous) ورید فخذی کے داخلی قندال کے عقبی حصہ کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر عضلہ خیالمیہ (sartorius) کے ساتھ ساتھ ران میں چلی جاتی ہے۔ قصبہ صافنی (short saphenous) ورید ربلہ کے عین۔ نیچے پنڈلی کے خط وسطی کی متابعت کرتی ہے، اور مُنبفی فضا کے زیرین حصہ پر عمیق ردا کو منقب کرتی ہے۔

داخلی مُنبفی عصب (internal popliteal nerve) (قصبیتی : tibial) خط وسطی کے ساتھ ساتھ نیچے کو آتا ہے۔ اور اس خط کی سیدھ میں آگے بڑھتا ہے

جو عظیم نسائی تنے (great sciatic trunk) کے ٹم کو ظاہر کرتا ہے۔

گھٹنے کی سامنے کی طرف۔ گھٹنے کی سامنے کی طرف کی جلد کثیف اور بہت حرکت پذیر ہوتی ہے۔ یہ حرکت پذیری خاصاً کند آلوں کی ہڈیوں میں اور ہر ایسی ضرب میں جس میں جلد کے پھسلنے کی حرکت چوٹ کے رخ کو مفصل کی طرف سے ہٹا سکتی ہے، گھٹنے کے جوڑ کی معتدبہ محافظت کرتی ہے۔ فم کر دگی کے دوران میں جلد چینی کے اوپر کس کر کچ جاتی ہے۔ اور جیسا کہ دو سرے مقامات پر (جہاں جلد ہڈی پر کم و بیش بلا واسطہ واقع ہوتی ہے) ہوتا ہے چینی پر کی کو فنگی سے بعینہ کیٹے ہوئے زخم کے مشابہ ضرر پیدا ہو سکتا ہے۔

اس مفصل کی سامنے کی جانب پر ریر جلدی پھر جی بہت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ گھٹنے کے جوڑ میں سے جو تڑکے جاتے ہیں ان میں مقدم دامن بہت پتلا ہوتا ہے اور سوائے سادہ جلد کے اور کسی شے سے مرکب نہیں ہوتا۔

جن عروق سے گھٹنے کی سامنے کی طرف کوشائیں آتی ہیں اور جو ان حصوں کی سر سے تعلق رکھتے ہیں اور جن پر عام طور پر آبلے ڈالے جاتے ہیں وہ نفیسی (anastomotic) نابضی (popliteal) کی چار مفصلی شاخیں، اور مقدم قصبیتی بازگ (anterior tibial recurrent) ہیں۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب اور اس جوڑ کے مقدم حصوں اور عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) کو جو اعصاب آتے ہیں وہ تیسرے اور چوتھے قطنی قطعے سے نکلتے ہیں، اور مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) اور سادہ (obturator) اعصاب کی شاخوں کی شکل میں ان تک پہنچتے ہیں۔

گھٹنے کے خطہ کے سطحی عروق لمف زیادہ تر اس جوڑ کی اندرونی طرف پر واقع ہوتے ہیں اور طویل صافنی (long saphenous) عصب کے مرکب متابعیت کرتے ہیں۔ اس مفصل کے اوپر کی جلد کے قروح اور التهابی عوارض میں التهاب عسروق لمف (lymphangitis) اور آر بی غد میں کلانی واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور یہ احتمال ان قروح اور عوارض کے باہر کی اور سامنے کی جانب واقع ہونے کی نسبت ان کے اندر کی طرف پائے جانے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

گھٹنے کی سامنے کی جانب پر مندرجہ ذیل درمیں پائی جاتی ہیں۔ (۱) ارضنی درجک

(patellar bursa) - یہ ایک بڑا سا تاجہ ہے جو چینی اور رضفی رباط کے بالائی حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے، اور ان ساختوں کو جلد سے علیحدہ کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ فوٹل کے ذریعہ سے یہ اکثر سطحی اور عمیق خانوں میں منقسم ہوتا ہے۔ جن لوگوں کو گھٹنوں کے بل جھکنا پڑتا ہے ان میں یہ اکثر بہت کلانی یافتہ ہوتا ہے، مثلاً خادماؤں، سنگ تراشوں اور مذہبی شخصوں وغیرہ میں اس درجہ کے ارد گرد کے حصوں میں اعصاب کی رسد کثرت سے موجود ہوتی ہے اور اس لئے اس کے حاد التهاب میں بہت سادہ درپایا جاتا ہے۔ چینی سے یہ بہت قریبی طور پر ملا ہوتا ہے، اور ایریخسن (Erichsen) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں اس درجہ کے تفتیح سے اس ہڈی میں بوسیدگی واقع ہو گئی تھی۔ (۲) ایک درجہ رضفی رباط (patellar ligament) اور قصبیہ (tibia) کے درنہ کے درمیان ہوتی ہے (شکل ۱۴۰)۔ مذکور سابقہ درجہ کے عوارض میں جو درد پایا جاتا ہے اس کی نسبت اس درجہ کے ملتبہ ہونے میں زیادہ درد محسوس ہوتا ہے، کیونکہ یہ دو استوار ساختوں یعنی رباط اور ہڈیوں کے درمیان مضبوطی سے مضبوط ہوتی ہے۔ زلابی کہف سے یا اس چربی کی گدی سے علیحدہ ہوتی ہے جو چینی کے نیچے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عضلہ ذوار بعد از روتوں (quadriceps) کے وتر اور فخذی کے درمیان جو درجہ واقع ہوتی ہے اس کا ذکر زلابی کہف کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ قرب وجوار کی دوسری درجہوں کے لئے دیکھو صفحہ

- 607

مابضی فضا (popliteal space) - اس فضا کے اوپر کی جلد اتنی حرکت

604

نہیں ہوتی جتنی کہ گھٹنے کی مقدم جانب پر کی ہوتی ہے۔ جب چوٹ یا احتراقات یا وسیع تقرح سے یہ تباہ ہو جاتی ہے تو ان سے پیدا شدہ ندبہ کے انقباض سے گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے اور اس میں استواری واقع ہو جاتی ہے۔ اس مقام کی جلد منقبض گھٹنے کی حالت میں بزور توسیع کرنے سے شق بھی ہو چکی ہے۔ جلد اور سطحی بافت کے نیچے مابضی ردا (popliteal fascia) ہوتی ہے۔ یہ ایک کثیف غشا ہے جو اس فضا کو پوشیدہ کرتی ہے۔ یہ ران کی ردا عیض (fascia lata) کا سلسل ہی ہے، اور نیچے کی طرف یہ ٹانگ کی ردا کے ساتھ مسلسل ہو جاتی ہے۔ یہ عضلات کا ذہ (hamstring)

(muscles) کے اوپر سے جو ربل (ham) کی حد بندی کرتے ہیں بغیر کسی عضلہ جسیدیگی کے گزر جاتی ہیں۔ یہ ردا ماہی خراجات اور بالیدوں کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے اکثر بہت نمایاں طور پر روک دیتی ہے۔ اس کی مطلب یہ ہے اس شدید درد کی پیدائش کا اصلی سبب ہے جو ایسے اجتماعات یا سلعات میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ ماہی خراج سطح تک پہنچنے سے قاصر ہوتا ہے اس لئے اسے یا تو اوپر کی طرف ران میں یا نیچے کی طرف ٹانگ میں چلے جانے میں سہولت ہوتی ہے۔ ربل (ham) میں پیپ کی معتد بہ سمت راجع رہ سکتی ہے۔

پیپ سرین یا حوض سے عظیم نسائی (great sciatic) عصب کے ساتھ ساتھ ربل (ham) میں پہنچ سکتی ہے، یا ران سے اس سوراخ میں سے ہو کر پھیل سکتی ہے جو مقرب کبیرہ (great adductor) میں فحذی عروق کے لئے ہوتا ہے۔

عضلات کا ذہ (hamstring muscles) اور ردا نی ساحتیں گھٹنے کے جوڑ کے غیر ملتفت مرض میں اکثر مستقل طور پر مقصر یا نگی ہیں۔ اور اس سے ٹانگ کی ران پر ایک کم و بیش استوار خم کردگی پیدا ہو جاتی ہے۔ گھٹنے کے جوڑ کے مرض کی خراش سے عضلات کا ذہ (hamstrings) میں تقبض پیدا ہو سکتا ہے۔ ان عضلات کی عصبی رسد عظیم نسائی (great sciatic) عصب کے ذریعہ سے پانچویں قطنی قطعہ سے آتی ہے جس سے گھٹنے کی عصبی رسد کا کچھ حصہ بھی آتا ہے۔ گھٹنے کے جوڑ کے مرض میں ان عضلات کے انقباض کا رجحان نہ صرف گھٹنے کو خمیدہ کرنے کی طرف ہی ہوتا ہے بلکہ قصبہ (tibia) کو بیچھے کی طرف کھینچنے اور بعض واقعات میں جزوی خلع پیدا کر دینے کی طرف بھی ہوتا ہے۔

عضلات کا ذہ (hamstrings) کے اوقات بعض اوقات بہت زور پڑ جانے سے مشق ہو جاتے ہیں۔ اور جو ذہ سب سے زیادہ کثرت سے پھٹتا ہے وہ ذہ اسبین (biceps) کا وتر ہے۔ جب ذہ گھٹنوں کو بسط کردگی کی حالت میں رکھتے ہوئے کولے کے جوڑ پر زور سے خمیدہ کیا جاتا ہے تو یہ عضلات بہت تن جاتے ہیں۔ اس وضع میں انتہائی حرکت سے اس عضلہ کے بعض ریشے مشق ہو چکے ہیں۔ گھٹنے سیدھے رکھ کر پاؤں کی انگلیوں کو ہاتھ کی انگلیوں سے چھونے میں جو دقت پیش آتی ہے اس کا انحصار تنیدہ عضلات کا ذہ

(hamstrings) کی مزاحمت پر ہوتا ہے۔

ذو راسین (biceps) کے وتر کی وتر شگافی (tenotomy) میں مشترک شغلی (common peroneal) (نسائی: sciatic) باسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ معلوم ہو جانا چاہئے کہ اس عضلہ کے انقباض کا رجحان وتر اور عصب کے درمیان فاصلہ میں اضافہ کرنے اور قبل الذکر کو زیادہ سطحی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ شغلی (peroneal) عصب پیٹلوں کیٹشوں اور "قوجی پیٹلوں" کے شغلیہ (fibula) کے سراور گردن پر بہت کس کر باندھنے سے بعض اوقات منغوط ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ٹانگ کے باسط عضلات کے جزوی شغل کی وجہ سے جن کو مشترک شغلی (common peroneal) عصب سے رسد پہنچتی ہو پاؤں گھسیٹ کر چلنے کی طرف رجحان ہوتا ہے۔

رہلہ (ham) کے عروق۔ مابضی (popliteal) عروق گہرا واقع ہونے کی وجہ سے شاذ و نادر ہی زخمی ہوتے ہیں۔ مابضی شریان (popliteal artery) بیرونی چوٹ مثلاً اس کے خط پر سے پہیا گزر جانے سے شغی ہو چکی ہے۔ اس شریان میں سوائے صدری و ط کے انورسما بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ کرسپ (Crisp) نے ذاتی انورسما (spontaneous aneurysm) کے جو اھ واقعات جمع کئے ہیں ان میں سے ۱۳ مثالوں میں مابضی عرق اس مرض کا محل تھا۔ اور صدری اور ط ۷۷ واقعات میں ماؤف تھا۔ اس عرق میں جو رجحان انورسما کی طرف پایا جاتا ہے اس کا انحصار بہت سے اسباب پر ہے۔ اس عرق پر بہت سی حرکت کا اثر پڑتا ہے اور اس سے ایسے مابضی عروق کی جگہ کی جگہ عمر یا مرض کی وجہ سے غائب ہو چکی ہو باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مردہ اجسام پر تجربات کرنے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ اس عرق کے اندرونی اور وسطی طبقات گھٹنے کی انتہائی ختم کردگی سے شغی کئے جاسکتے ہیں، اور اسی قسم کا اشتقاق واقعات کی ایک کمر تعداد میں جبری توسیع سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مزید براں سوائے اس حالت کے جبکہ جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہو مابضی (popliteal) شریان صدری اور ط کی طرح بہت منحنی ہوتی ہے۔ نیز یہ عرق دو بڑی شانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ ایک شہور و معروف امر ہے کہ شریان کی دو شاخ کی کام مقام انورسما کے لئے ایک مساعد مقام ہے۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ

اس شریان کو مابضی فضا کی صرف ڈھیلی بافت ہی سہاڑتی ہے اور مضبوط عضلات کا وہ سہارا جو دوسرے مقامات پر بہت سے بڑے بڑے عروق کو ملتا ہے یہاں حقیقتاً موجود نہیں ہوتا۔ بعض مابضی انورسماؤں کا علاج گھٹنے کو خمیدہ کرنے اور جراحہ کو کچھ عرصہ تک اسی حالت میں رکھنے سے کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ یہ امر کہ اس عرق کے درونہ پر خم کردگی کا بلا واسطہ اثر ہوتا ہے ٹانگہ کو ران پر بزور خمیدہ کرنے سے اندر کی طرف کے گھٹنے پر تنفس کے کمزور ہوجانے سے ثابت ہوتا ہے۔ شریان اور ورید اس قدر منضم ہوتے ہیں کہ شریانی تنے پر بندش لگاتے وقت ان کو علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے۔

مابضی (popliteal) ورید بہت جسیم عرق ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں اتنی کثیف اور موٹی ہوتی ہیں کہ کاٹنے پر وہ کم و بیش شریان کے طبقات کی مانند دکھائی دیتی ہیں۔ اس عجیب و غریب خانہ اور رفیق عرق سے قریبی تعلق رکھنے کی بنا پر ٹلو (Tillaux) یہ دعویٰ کرتا ہے کہ ”سارے نظام میں یہ ورید اس لحاظ سے دوسری نام وریدوں سے مختلف ہے۔“ یہ امر بھی معلوم کر لینے کے قابل ہے کہ ورید شریان کی نسبت اگرچہ زیادہ سطحی ہوتی ہے مگر چوٹ سے یہ بہت شاذ طور پر ہی منقطع ہوتی ہے۔ شریان قاعدہ اکیلی ہی جھپٹی ہے۔

شریان کے جو تعلقات ورید اور عصب سے ہیں ان سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ مابضی انورسما سے ٹانگہ میں جلد ہی تہج پیدا ہو سکتا ہے۔ اور داخلی مابضی تنے (internal popliteal trunk) پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے عصبی علامات ظاہر ہو سکتے ہیں۔ نیز یہ انورسما ایک سے زیادہ مرتبہ گھٹنے کے جوڑ میں بھی گھس گیا ہے، جس کے ذخیرہ رباط کے ساتھ شریان بند کور اتنا قریبی تعلق رکھتی ہے۔

قصیر یا صغیر صافنی ورید (short or small saphenous vein) تقریباً خط وسطیٰ میں واقع ہوتی ہے۔ اور چونکہ یہ جلد میں سے دکھائی نہیں دیتی ہے اس لئے یہ مابضی فضا کے زیرین حصہ میں شکاف دینے سے کٹ سکتی ہے۔

ربط (ham) کے لمفی غدود کی تعداد چار سے پانچ تک ہوتی ہے، اور یہ بڑے بڑے عروق کے گرد گہرے واقع ہوتے ہیں۔ کلائی یافتہ ہونے کی حالت میں

607

یہ غلطی سے انورس اور دوسرے مابقی سلعات تصور کر لئے گئے ہیں۔ ان میں پاؤں اور ٹانگ کی بیرونی اور موخر جانبوں کے عمیق عروق لف آتے ہیں۔ ایک چھوٹا سا غدہ ردا کے نیچے قصبہ صافنی وریڈ کے داخل ہونے کے مقام کے قریب اکثر پایا جاتا ہے۔ اس میں بعض عروق لف آتے ہیں جو اس عرق کی متابعت کرتے ہیں۔

رہ کے ارد گرد کی درجہوں کی تعداد عام طور پر سات ہوتی ہے۔ چار اس فضا کی اندر کی طرف ہوتی ہیں اور تین اس کی باہر کی طرف اندرونی طرف — (۱) ایک بڑی ہی درجہ نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے اور فخذی کے داخلی قنال اور گیسٹروٹینیس (gastrocnemius) کے اندرونی سر کے اوپر ہوتی ہے (شکل ۱۲۹)۔ یہ درجہ اس فضا میں سب سے بڑی ہوتی ہے۔ اور سن بلوغ کے بعد یہ اکثر اس جوڑ سے ربط پیدا کر لیتی ہے۔ اس خطہ کی تمام درجہوں میں سے یہ درجہ نہایت کثرت سے کلانی یافتہ ہوتی ہے، اور ماؤف ہو کر بہت بڑی ہو جاتی ہے۔ ایک بیان کردہ واقعہ میں تیناچہ ۵ انچ لمبا اور ۳ انچ چوڑا تھا۔ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں یہ کلانی یافتہ محکم اور مزاحم محسوس ہوتی ہے مگر خم کردگی کی حالت میں یہ ڈھیلی ہو جاتی ہے، اور اسے اکثر مکمل طور پر غائب کیا جاسکتا ہے۔ اس درجہ اور اس جوڑ کے درمیان جو جھری کی شکل کا ربط ہوتا ہے وہ غالباً بسط کردگی میں موخر ربط کے کس جانے سے بند ہو جاتا ہے۔ اور گھٹنے کو خمیدہ کرنے میں اس کے ڈھیلا ہو جانے سے کھل جاتا ہے۔ مگر اس درجہ کا اس طرح غائب ہونا صرف ظاہری ہوتا ہے اور خم کردگی کے دوران میں حصوں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ (۲) نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے وتر اور قصبہ (tibia) کے اندرونی مدیبہ کے درمیان ایک چھوٹی سی درجہ ہوتی ہے۔ گھٹنے کے لیول سے ذرا نیچے دو اور درجہیں ہوتی ہیں، یعنی (۳) ایک خباہ (sartorius) کے منہی کے نیچے ہوتی ہے، اور (۴) دوسری عضلہ رشیقیہ (gracilis) اور نیم وتری عضلہ (semitendinosus) کے منہاؤں کے نیچے ہوتی ہے۔ بیرونی طرف — (۱) جوڑ کی زلابی غشا کا ایک بڑا عطف عضلہ مابضیہ (popliteus) کے وتر اور قصبہ (tibia) کے خارجی مدیبہ کے درمیان ہوتا ہے۔ یہ عطف ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ بعض اوقات تین شتوں (tibio-fibular)

مفصل میں کھلا ہوتا ہے جس سے یہ کہف گھٹنے کے جوڑ سے مل جاتا ہے۔ (۲) ایک درجہ تک گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے بیرونی سر اور عظم فخذی کے بیرونی تاندل کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی، اور اس جوڑ سے تعلق نہیں رکھتی۔ (۳) ایک درجہ زور سین (biceps) کے وتر اور خارجی جانبی رباط کے درمیان ہوتی ہے۔ شظی (peroneal) عصب اس تاجہ کو عبور کرتا ہے۔ اس حالت سے اس درد کی توجیہ ہو سکتی ہے جو اس درجہ تک کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں محسوس ہوتا ہے۔

گھٹنے کا جوڑ (knee-joint) (شکل ۱۲۰)۔ مفصل جسم کے جوڑوں میں سے سب سے بڑا ہے۔ اس کے زیادہ مضبوط ہونے کا سبب وہ قوی رباطات ہیں جو گہری ڈبوں کو متحد کرتے ہیں، اور بالخصوص وہ مصلات اور ردا میں ہیں جو اس کو گھیرے ہوتی ہیں۔ مفصلی سطح کی شکل سے اسے کچھ قوت نہیں ملتی کیونکہ یہ ایک دوسرے سے محض مس ہی کرتی ہیں۔ اگرچہ گھٹنے کا جوڑ ضربات کے لئے اکثر معرار ہوتا ہے لیکن اس کے خلوع نہایت ہی نادر وقوع ہیں۔ جانبی رباطات (lateral ligaments) نسبتاً کمزور ہوتے ہیں۔ یہ بسط کردگی میں تنیدہ اور خم کردگی میں ڈھیلے ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں آٹاڈ سیلاپن پایا جاتا ہے کہ قصبہ (tibia) کے جزوی خلوع ان بندوں کے انشقاق کے بغیر ہی ممکن ہوتے ہیں اور ان واقعات میں جن میں یہ جوڑ حادثہ کے بعد کسی قدر خم کردہ پایا جائے خاص طور پر ایسا ہوتا ہے۔ صلیبی رباطات (crucial ligaments) بہت مضبوط ہوتے ہیں اور جوڑ کے انتہائی اوضاع میں یہ کم و بیش تنیدہ ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں سے جو مقدم ہوتا ہے وہ خاص طور پر بسط کردگی اور قصبہ (tibia) کی مقدم غیر وضعیت اور ٹانگ کی اندرونی گردش کو مزاحم آتا ہے اور موخر رباط انتہائی خم کردگی اور قصبہ (tibia) کی خلفی غیر وضعیت کو مزاحمت پیش کرتا ہے۔ بسط کردگی کی حالت میں عظم قصبہ (tibia) کسی قدر آگے کی طرف کو مچھل جاتی ہے، اور ذرا باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ بڑی پیچھے کی طرف کو مچھلتی ہے، اور کسی قدر اندر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ بسط کردگی عام طور پر صلیبی اور موخر رباطات سے اور خم کردگی صلیبی رباطات سے اور ان کے علاوہ رخی رباط (ligamentum patellae) اور کیسے کے مقدم حصہ سے محدود رہتی ہے۔ گردش صرف

خم کردگی ہی کی حالت میں ممکن ہوتی ہے۔

موضرباط کا باریک ترین حصہ وہ حصہ ہے جو ان ترچے ریشوں کے نیچے ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) سے آتے ہیں۔ اگر پیپ جوڑ میں سے نکل کر ربلہ (ham) میں آئے تو یہ غالباً رباط کے اسی حصہ میں سے گزر کر آتی ہے۔

609

منقبض گھٹنے میں جس میں لینی جساء (ankylosis) بھی موجود ہو جہاں تک جوڑ کی بافتوں کا تعلق ہے زیادہ تر انقباض، موضرباط اور جانبی رباطات اور اس لینی اور شحمی بافت میں پایا جاتا ہے جو قبل الذکر رباط اور موضربصلیبی بند کے درمیان ہوتی ہے۔ لیکن یہ ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ تمام ساختیں متاثر ہوتی ہیں۔ جلد، صفاق (aponeurosis)، اور بالخصوص عضلات۔

گھٹنے کے جوڑ کی زللابی غشا (synovial membrane) ایک بڑی تہ انبان کی شکل میں چپنی سے اوپر کی طرف کو باسط و تر کے نیچے چلی جاتی ہے۔ یہ تہ انبان اس مقام تک پہنچ جاتی ہے جو فخذی کی بکری سطح (trochlear surface) کے بالائی حاشیہ سے اوپر اس سے ایک انچ سے زائد فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور جب یہ جوڑ سیال سے متہمد ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۰)۔ جب گھٹنا خمیدہ کر دیا جاتا ہے تو یہ تہ انبان نیچے کی طرف کو کھج جاتی ہے اور اس لئے جب فخذی کے نیچے کے سرے پر کوئی عمل کیا جانے والا ہو تو جارحہ کو اسی وضع پر رکھنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ اس زللابی جیب کے اوپر ایک درجہ ہوتی ہے جو عضلہ ذراعیتہ الرؤس (quadriceps) کے وتر کو عظم فخذی سے ملحدہ کرتی ہے۔ اور اس کی عمودی پیمائش عام طور پر ایک انچ سے زیادہ ہوتی ہے (شکل ۱۲۰)۔ مشیر خواروں اور بالبنوں دونوں میں گھٹنے کے ۲۶۰ جوڑوں کا امتحان کرنے سے شوارٹز (Schwartz) نے یہ دریافت کیا ہے کہ یہ درجہ مشیر خوار بچوں میں ۱۰ واقعات میں سے ۷، میں زللابی کہفہ سے ربط رکھتی تھی، اور بالغوں میں ۱۰ میں سے ۸ میں۔ اس سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ جب یہ ربط موجود ہو تو جو ہول جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں عظم فخذی پر اس کی بکری سطح سے تقریباً ۲ انچ اوپر یا چپنی کی چوٹی سے اتنے ہی فاصلہ پر لگے وہ عملی طور پر گھٹنے کے جوڑ کو کھول دیگی۔

گھٹنے کے جوڑ کے اندر کی زلابی غشا کی پیچیدگی کا انحصار اس امر پر ہے کہ اس میں تین چھوٹے خانے یا مفصلی کہنے ہوتے ہیں۔ اور وہ یہ ہیں:۔ (۱) بکری (trochlear) چینی کے حرکات کے لئے۔ (۲) خارجی قصبیتی فخذی (external tibio-femoral)۔ (۳) داخلی قصبیتی فخذی (internal tibio-femoral)۔ موصوفہ ذکر دونوں قصبی غضروفوں (مفصلی ہالیوں: articular menisci) کے ذریعہ سے بالائی اور زیرین خانوں میں پھر تقسیم ہو جاتے ہیں۔ بالائی خانوں میں قندال کی گردشی حرکتیں واقع ہوتی ہیں، اور زیرین میں ہالیوں (menisci) اور قصبیہ (tibia) کے درمیان کی انزلائی حرکتیں (gliding movements) چلتے وقت ان پانچوں خانوں میں حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ مفصلی رباط (ligamentum mucosum) بکری (trochlear) اور قندالی مفصل کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اور صلیبی رباطات (crucial ligaments) قصبیتی فخذی (tibio-femoral) جوڑوں کے درمیان ہوتے ہیں۔

صلیبی رباطات (crucial ligaments) اگرچہ زلابی غشا سے کم و بیش مکمل طور پر محصور ہوتے ہیں مگر پھر بھی زلابی کہنے سے بالکل باہر ہوتے ہیں۔ موخر صلیبی (posterior) crucial) رباط کیہ کے موخر حصہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔

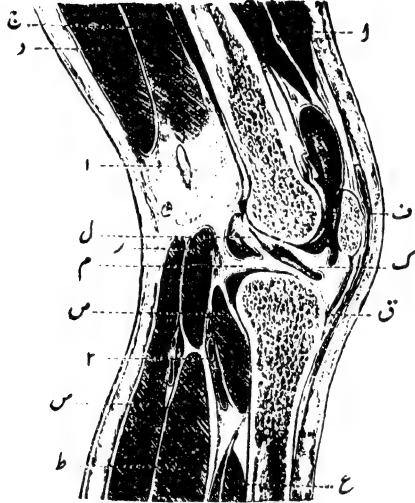
رضفی رباط (patellar ligament) کا بالائی ثلث رضفی جوڑ (patellar joint) کی زلابی غشا سے تعلق رکھتا ہے، گویا اس سے چربی کی ایک گدی سے علیحدہ ہوتا ہے۔ اس رباط کا زیرین دو تہائی حصہ اس درجہ اور شیمی یافت سے تعلق رکھتا ہے جو اس بند اور قصبیہ (tibia) کے درمیان ہوتی ہیں۔ اگر چینی کی چوٹی پر سے چاقو افقی رخ میں پیچھے کی طرف کھ داخل کیا جائے تو یہ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کے درمیان جوڑ کی حد تک عین قریب سے گزر جائیگا، اور موصوفہ ذکر ہڈی سے جالٹکائے گا۔ لیکن اگر جوڑ میں کوئی انصباب موجود ہو یا جارحہ بقدر خم کردہ ہو تو اس طرح داخل کیا ہوا چاقو ان دونوں ہڈیوں کے درمیان گزر جائیگا (نسل ۱۴۰)۔

چینی اور فخذی کی مفصلی سطحوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ زلابی غشا کی جھاروں (جراحی رباطات: alar ligaments) سے پُر ہوتا ہے بعض اوقات ان سے غلی زائڈ سے پیدا

ہو جاتے ہیں، اور علاحدہ ہو کر جوڑ میں آزاد اجسام کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ معلوم ہوتے ہوئے کہ زللابی استرا سی بافت سے مشتق ہوتا ہے جس سے ہڈیوں کی مفصلی سطحیں بنتی ہیں اگر اس قسم کے زائدوں میں تغضف (chondrification) شروع ہو جائے اور غضروفی اجسام بن جائیں تو یہ امر تعجب خیز نہ ہوگا۔

جوڑ کا مرض - گھٹنے کا جوڑ اپنے محل کے سطحی ہونے کی وجہ سے ایک ایسا مفصل ہے

جس میں چوٹ یا سردی لگنے سے التهاب نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ سیال سے



شکل ۴۰۔ سیال سے متمدد گھٹنے کے جوڑ کی انتصابی تراش۔

(برائن: Braune)

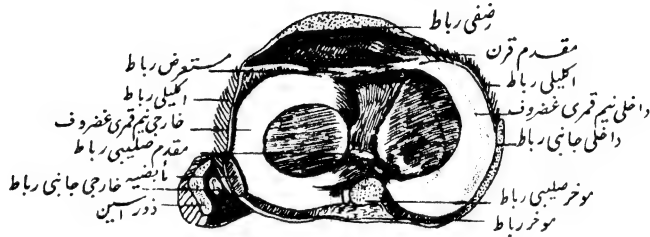
(ا) عضلہ وسیعہ خارجہ - (ب) راقیہ - (ج) ذوراسین کا چوٹا سر - (د) لمبا سر - (ه) انحصیہ - (و) گیسٹروکینیس
(ص) - مابغیہ - (ط) سیکہ - (ع) عضلہ قصبیہ موخر - (ف) - رضعی درجک - (ق) - رضعی رباط - (ک) - محاطی رباط
(ل) - مقدم صلیبی رباط - (م) - خارجی قمری غضروف - ۱ - خارجی مابغیہ عصب - ۲ - مابغیہ شریان -

منہدم ہونے کی حالت میں انصبا ب چینی سے اوپر اور اس کے اطراف پر زلانی تاجہ کے ابھر آنے سے جو یہاں دوسرے مقامات کی نسبت سطح سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ توجہ جلد ہی شناخت کیا جاسکتا ہے اور چونکہ چینی عظم فخذی سے دور ہٹ جاتی ہے اس لئے یہ کہا جاتا ہے کہ یہ تہمد پیدا کرنے والے سیال پر تیر رہی ہے“ (شکل ۱۴۰)۔ اگر مہتب گھٹنے کے جوڑ کو علاج کے بغیر چھوڑ دیا جائے تو یہ تقریباً ہمیشہ نیم خم کردگی کی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ اسکی وضع سکون ہے۔ اس وضع میں عضلات ڈھیلے ہو جاتے ہیں اور جوڑ کی سطحوں پر دباؤ نہیں ڈالتے۔ رباطات تنیدہ نہیں رہتے اور جوڑ کی گنجائش سیال بڑھ جاتی ہے۔

612

نیم قمری غضروفوں (semilunar cartilages) یا ہلالیوں (menisci) کا خلع۔ ان غضروفوں میں سے ہر ایک اپنی چسپیدگیوں سے جو قصبیہ (tibia) کے ساتھ ہوتی ہیں علحدہ ہو سکتی ہے، اور اس ہڈی اور عظم فخذی کے درمیان کپڑی جاسکتی ہے یا بھنس سکتی ہے۔ یہ حادثہ کان کنوں میں جو جھک کر کام کرتے ہیں اور ان تمام اشخاص میں جو سخت کسپلوں اور ورزشوں میں حصہ لیتے ہیں خاص طور پر زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جارحہ میں دفعہ در پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی گھٹنا خم کردگی کی حالت میں ثبوت ہو جاتا ہے۔ یہ حادثہ بالعموم گھٹنے کے جوڑ کے کم و بیش خمیدہ ہونے کی حالت میں ٹانگ کے مروڑے جانے سے واقع ہوتا ہے۔ مگر جیسا کہ ولٹن (Walton) کا خیال ہے یہ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اس کا موثر سبب جوڑ کا اس طرح مروڑا جانا ہے کہ عظم فخذی کے قندال اور قصبیہ (tibia) کے حدیبہ جات مخالف سمتوں میں گردش کریں۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی بے ترتیبی کے ۲۰۰ واقعات سے بینیٹ (Bennette) نے یہ دریافت کیا ہے کہ ان میں سے داخلی غضروف ۵۵ واقعات میں اور خارجی صرف ۴۵ میں ماؤف تھی۔ یہ بے ترتیبی بائیں گھٹنے میں دائیں کی نسبت تقریباً تین گنا کثرت سے واقع ہوئی تھی۔ اور یہ ضرر مردوں میں عورتوں کی نسبت ۹ گنا کثرت سے پایا گیا تھا۔ داخلی نیم قمری غضروف کا مقدم سرا بالعموم کوفتہ اور اپنی قصبیتی چسپیدگی سے دریدہ پایا جاتا ہے۔ داخلی نیم قمری غضروف کے مقدم حصہ کو ضرر پہنچنے کے امکان کو سمجھنے کے لئے

ہم کو اس طریقہ کا جس سے اس کی وضع برقرار رہتی ہے، اور ان حرکات کا جو اس میں واقع ہوتے ہیں، اور اس بار کا جو سخت ورزش کرنے والے اشخاص میں اس پر پڑتا ہے، غور مطالعہ کرنا چاہئے۔ گھٹنے کی بڑھ کر دگی کی حالت میں غیر وضعیت زیادہ آسانی سے واقع نہیں ہوتی کیونکہ غضروفات مفصلی سطحوں کے رابطات کی تنیدگی اور جوڑ کے ارد گرد کے عضلات کے فعال انقباض سے ٹھیک طور پر آپس میں مل جانے کی وجہ سے اس طرح مثبت ہو جاتے ہیں کہ ہل نہیں سکتے۔ جب یہ جوڑ بھروسہ کی طور پر خم کردہ ہوتا ہے تو داخلی غضروف مندرجہ ذیل



شکل ۱۴۱ نیم قمری غضروفات کی تثبیت اور ان کے حرکات کو ظاہر کرتی ہے۔
 قصبیہ کے باہر کی طرف یا عظم فخذی کے اندر کی طرف گھوم جانے کی حالت میں داخلی نیم قمری غضروف جو وضع اختیار کرتی ہے وہ سرخ دکھائی گئی ہے۔

ساختوں کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔ (۱) اپنے مقدم قرن کے ذریعہ سے جو رضی رباط (ligamentum patellæ) کی چسپیدگی سے اوپر اور پیچھے، جوڑ کے کہف کے باہر قصبیہ (tibia) کے ساتھ چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۱)۔ (۲) مستعرض رباط کے ذریعہ سے خارجی غضروف کے مقدم حصہ کے ساتھ (شکل ۱۴۱)۔ (۳) اکیلی رباط (coronary ligament) کے ذریعہ سے جوڑ کے کیسہ اور داخلی جانبی رباط کے ساتھ۔ اس رباط کے مقدم ریشے طویل ترین ہوتے ہیں (شکل ۱۴۱)۔

جب جوڑ مثبت ہوتا ہے تو دونوں غضروفات اور خاص کر داخلی پیچھے کی طرف کو

محسّس جاتے ہیں۔ اب اگر ذوراسین (biceps) قصبیہ کو دفعۃً باہر کی طرف کو گھما دے تو مقدم قرن اس ہڈی کے ساتھ آگے کی اور باہر کی طرف کو چلا جائے گا اور آنکھ لیکہ تو مخزن داخلی جانبی رباط سے عظم فخذی کے داخلی قنڈال سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اور اس طرح داخلی غضروف کے مقدم حصہ پر سخت بار پڑتا ہے اور یہ اس وضع پر آجاتا ہے جو شکل ۴۱ میں ظاہر کی گئی ہے۔ جب پاؤں اور قصبیہ مثبت ہوں اور عظم فخذی اندر کی طرف کو گھوم جائے جیسا کہ بسط کردگی کی تکمیل پر ہوتا ہے تو بھی اسی قسم کا بار پڑتا ہے۔ داخلی ہمقری غضروف کا کمزور ترین مقام اس کے مقدم ثلث کے باریک اندرونی ہلالی حاشیہ پر ہوتا ہے۔ اور جزوی انشقاق اسی مقام پر بالعموم واقع ہوتا ہے۔ شدید درد کی وجہ انشقاق اور یہ امر ہے کہ اس بار سے غضروف قصبیہ اور فخذی کے درمیان فائدہ کی طرح آجاتی ہے، اور اس طرح یہ ہڈیاں ایک دوسرے سے زور سے دور ہوتی ہیں اور اس جوڑے مضبوط رباطات کی دفعۃً بیش توسیع ہو جاتی ہے۔

614

خارجی ہمقری غضروف داخلی سے زیادہ چھوٹا زیادہ گول اور زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔ اور شرائط انہی وجوہ سے اس کے ہڈیوں کے درمیان ”پکڑے جانا“ کم امکان ہوتا ہے۔ یہ موضع صلیبی رباط (posterior crucial ligament) کے ذریعہ سے کسی حد تک عظم فخذی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور عضلہ البضیہ (popliteus) کے وتر سے اس میں ایک میزاک بنا ہوتا ہے۔ اس کے محفوظ رہنے کے یہی دو اسباب ہیں (شکل ۴۱)۔ یہ امر حیرت انگیز ہے کہ اس قسم کی ضرر رسیدہ غضروفوں کا استیصال کیا جاسکتا ہے اور پھر بھی جوڑے کی حرکتیں مکمل طور پر واپس آجاتی ہیں۔

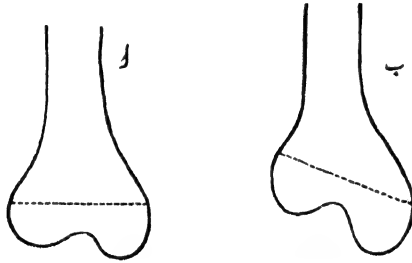
روح الرکبہ (genu valgum) یا گھٹنوں کا ٹکرائنا (knock-knee)۔

اس عارضہ سے جو مناظر پیدا ہوتے ہیں وہ مشہور معروف ہیں۔ جب تندرست انسان پاؤں جوڑ کر سیدھا کھڑا ہوتا ہے تو قصبیتی ہڈیاں تقریباً انتصابی حالت میں ہوتی ہیں اور فخذی ہڈیاں ان سے ایک خاص زاویہ قصبیتی فخذی اوہ (tibio-femoral angle) پر ملتی ہیں۔ اس زاویہ کی مقدار کا انحصار طبعی موضوعات میں زیادہ تر عوص کے اضافی عرض پر ہوتا ہے۔ روح الرکبہ (genu valgum) میں یہ زاویہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔

قصبیہ جانت (tibiae) سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں انتصابی نہیں رہتے۔ ان کے زیرین سرے خط وسطی سے زیادہ منحرف ہوتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ جب مریض سیدھا کھڑا ہوتا ہے اور جراحہ کو گردش دینے سے کسی ہڈی کو نہیں چھپاتا تو دونوں ٹخنوں کے درمیان معتدبہ فاصلہ ہو جاتا ہے۔

روح الرکبہ (genu valgum) کے عارضہ کو سمجھنے کے لئے ہم کو ان عضلات کے فعل کی اہمیت اچھی طرح معلوم کر لینا چاہئے جو گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی یا وسطانی جانب پر اثر کرتے ہیں۔ نیم غشائی عضلہ (semimembranosus)، نیم وتری عضلہ (semitendinosus)، عضلہ رشتیقہ (gracilis) اور عضلہ خیاطیہ (sartorius) سیدھا کھڑے ہوتے ہی ان عضلات میں کش یا انقباض کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور عضلہ باسط ذوار بعتہ الرؤس (quadriceps extensor) ڈھیلا ہو جاتا ہے۔ گھٹنے کی وسطانی جانب پر سہارا دینے والے یہ عضلات قصبیہ کو حوض سے متعلق رکھتے ہیں اور اس طرح کھڑے ہونے کی حالت میں گھٹنے مستحکم ہو جاتے ہیں، اور یہ عضلی پٹیاں جسم کے وزن کو کسی حد تک برداشت کرتی ہیں۔ روح الرکبہ (genu valgum) کی پیدائش کا پہلا مرحلہ عمومی وضعی عضلات کا ناقص فعل — تحلیل قوت — ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ (۱) داخلی جانبی رباط پر ایک بار پڑتا ہے، اور (۲) داخلی فخذی قندال اور قصبیتی حدیبہ کے درمیان ایک رخنہ نظر ہو جانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑ کی سطحوں پر کے دباؤ متغیر ہو جاتے ہیں اور اس تغیر کے ساتھ ہی جوڑ کے قریب جوار کی ہڈیوں کی بالیدگی میں بھی تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ قانون لف (Wolf's law) کے مطابق ہر ایک ہڈی کی بالیدگی اس دباؤ سے منظم رہتی ہے جو اس پر پڑتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اندرونی فخذی قندال اور قصبیتی حدیبہ میں بیش بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے جبکہ اندر کلیف سے سہارا دینے والے عضلات کے قتل کی وجہ سے ان پر دباؤ نہیں پڑتا۔ کم عمر بچوں میں بر بانی خطوط کے متصل حصوں میں جو ترجیحی وضع اختیار کر لیتے ہیں بیش بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ بیش بالیدگی بر بانی خطوط کی پوری کی جانب پر ہوتی ہے اور قندالی جانب پر نہیں ہوتی (شکل ۱۲۲)۔ قندالوں کے مقدم موضوع طول میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ لہذا بیٹھنے پر

جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے، بدشکلی غائب ہو جاتی ہے۔
 چینی کے کسور - یہ ہڈی جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت عضلی زور سے زیادہ کثرت سے ٹوٹی ہے۔ اگرچہ چینی عضلی زور اور بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتی ہے مگر یہ ظاہر ہے کہ قبل الذکر عامل سے یہ ضرر زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ ہیمیلٹن (Hamilton) نے سادہ متعرض کسر کے جو ۱۲ واقعات جمع کئے ہیں ان کے متعلق اسکا یہ خیال ہے کہ ۱۰۶ مثالوں میں عضلی فعل تضرر کا باعث تھا۔
 کسر کی جو قسم عضلی زور سے پیدا ہوتی ہے اس میں بہت کیسانیت پائی جاتی ہے۔



شکل ۱۲۲- ا طبعی عظم فذی - جب عظم فذی روح الکرکسہ کی ترقی یافتہ حالت میں جس سے داخلی قندال کی کلائی ظاہر ہوتی ہے۔
 نقطہ دار خط ہر ایک خاکہ میں برابر کے خط کو ظاہر کرتا ہے۔

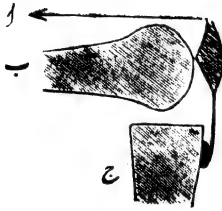
یہ تقریباً ہمیشہ متعرض اور سادہ ہوتا ہے، اور اس ہڈی کے مرکز پر سے یا اس نقطہ کے عین اوپر یا نیچے سے گزرتا ہے۔ گھٹنے کی جو وضع عضلی فعل کے ذریعہ سے کسر واقع ہونے کی سب سے زیادہ مسامتہ کرتی ہے وہ خم کردگی کی وضع ہے۔ جب گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے تو چینی صرف اپنے متعرض محور پر ہی فذی قندالوں پر ٹکمن ہوتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام بالائی نصف پیچھے کی طرف بغیر سہارے کے ہوتا ہے، اور عضلہ باسط اس خط کی سمت میں فعل کرتا ہے۔

جو اس ہڈی کے انتہائی محور سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ذواربعتہ الارو (quadriceps) کے شدید انقباض سے چینی بعض اوقات قنڈال پر سے اس طرح ٹوٹ جاتی ہے جیسا کہ کوئی چھڑی گھٹنے پر رکھ کر توڑی جاتی ہے (شکل ۱۲۳)۔ چونکہ کسر سے مریض بالعموم گر جاتا ہے اس لئے یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ کسر سابق عضل فعل سے پیدا ہونے کی بجائے گھٹنے کے زمین پر لگنے سے پیدا ہوتا ہوگا لیکن جیسا کہ ہیملٹن (Hamilton) نے اشارہ کیا ہے اگر کوئی شخص خمیدہ گھٹنے کے بل گرے جبکہ جارحہ بھی دھڑ پر خم کردہ ہو تو زمین پر جو حصہ لگتا ہے وہ چینی نہیں ہوتی بلکہ قصبیہ کا درنہ (tubercle) ہوتا ہے۔

واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ ضرر نہ صرف ہڈی پر ہی اثر انداز ہوتا ہے

بلکہ اس غضروف اولیغی بافتوں پر بھی اثر کرتا ہے جو علی الترتیب اس کو پیچھے اور آگے سے ڈھکتی ہیں۔

زلابی غشا بھی دریدہ ہو جاتی ہے۔ اور رضی درجہ ک (patellar bursa) کھل جاتی ہے۔ اس طرح زلابی



مشمولات بعض اوقات درحقیقت جلد سے مس کرنے لگتے ہیں۔ ان تمام واقعات میں جن میں ٹکڑوں میں بہت علیحدگی پائی جاتی ہے اس لیغی پھیلاؤ کی دریدگی بھی ضروری ہوتی ہے جو چینی کی ہر ایک طرف پسیدہ ہوتا ہے۔ ایک واقعہ ہے کہ جب تک کہ یہ پھیلاؤ منقطع نہ ہو جائے خفیف سی علیحدگی کے علاوہ اور کسی قسم کی علیحدگی ممکن نہیں ہوتی۔

شکل ۱۲۳۔ ٹیکل مینی کے اس کسر کو ظاہر کرتی ہے جو عضل فعل سے واقع ہوتا ہے۔ اعضاء ذواربعتہ الارو کا خط فعل۔

ج۔ عظم فدی۔ ج۔ قصبیہ۔

بران (Braune) نے جانبی رباطی ساختوں کو نقصان پہنچانے کے بغیر چینی کو آری سے کاٹنے سے اور یہ معلوم

کرنے سے کہ جب تک یہ ساختیں نہ کاٹ دی جائیں ٹکڑوں کی صرف ذرا سی علیحدگی ہی ممکن ہے اس امر کا مظاہرہ تجربہ سے کیا ہے۔ اس قسم کے کسر میں ٹکڑوں کے درمیان صفاق (aponeurosis) کی دریدہ جھالروں کے آجانے سے عظمی اتحاد واقع نہیں ہوتا تاوقتیکہ ان کو آزاد کرنے اور ہڈی کے ٹکڑوں کو تار سے باندھنے کا عمل نہ سرانجام دیا جائے۔

چینی عضلی تشدد سے باسط و تریا رباط رضفی (ligamentum patellæ) کی نسبت زیادہ آسانی سے ٹوٹتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۴۲) کہ یہ ہڈی دوسری ساختوں کے مقابلہ میں بہت نامساعد وضع میں ہوتی ہے۔ ریشیز (Richet) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی جس میں عضلہ ذواربعۃ الاروس (quadriceps) کے شدید انقباض سے قصبیہ (tibia) کا درنہ ہڈی سے قریبی تعلق رکھنے والے دوسرے حصوں کے کبھی ضرر کے بغیر علیحدہ ہو گیا تھا۔

بجلی شکل (stellate) کسور میں جو بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں باسط و تریا کالینی پھیلاؤ صحیح و سالم رہتا ہے، اور شکستہ ہڈی کے حصوں میں کچھ علیحدگی پیدا نہیں ہونے دیتا۔

بعض اوقات چینی خلقی طور پر غائب ہوتی ہے۔ یہ عضلہ ذواربعۃ الاروس (quadriceps) کے وتر میں نوپاتی ہے۔ اور دوسرے سال کے اختتام تک غضروفی رہتی ہے۔ سسمانی الہل ہونے کے باوجود اس ہڈی کو کمر کے بعد اگر تار سے کس کر باندھ دیا جائے تو اس میں مضبوط عظمی اتحاد واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی رسد خون گھٹنے کے گرد کی تقریباً تمام شریانوں سے آتی ہے۔

چینی کا خلع - یہ ہڈی باہر کی یا اندر کی طرف کو مخلوع ہو سکتی ہے، یا یہ کور کے کھڑی ہو جاتی ہے جس سے اس کی مقدم اور موخر سطحیں جانبی بن جاتی ہیں۔ باہر کی طرف کا خلع نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ اس امر پر منحصر ہے کہ عضلہ ذواربعۃ الاروس (quadriceps) چینی اور رضفی رباط (ligamentum patellæ) سب کے سب عضلہ کے منقبض ہونے کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کی سیدھ میں حرکت نہیں کرتے۔ یہ زیادہ تر اس خط کی سیدھ میں ہوتے ہیں جو اس زاویہ کے باہر کی طرف سے گذرتا ہے جو گھٹنے کے جوڑ پر عظم فخذی اور ٹانگ سے بنتا ہے۔ لہذا عضلی انقباض کا میلان چینی کو باہر کی طرف کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس میلان کی تصحیح تمام طبعی حالتوں میں خارجی قنڈال کے زیادہ مرتفع ہونے سے ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ بھی کہا جاتا ہے کہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) داخلہ کی نسبت زیادہ قوی ہوتا ہے، یا

عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) بعض اوقات جزوی طور پر مشلول ہوتا ہے (ڈی۔ گریگ : D. Greig)۔ ناشرہ رائیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris) کی ایک چسپیدگی فخذی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کی وساطت سے چینی سے ہوتی ہے۔ بعض مریض اس عضلہ کو دفعۃً فعل میں لانے سے چینی کا بیرونی خلع اختیاری طور پر پیدا کر سکتے ہیں۔ خلوع بالعموم جوڑ کی بسط کردگی کی حالت میں واقع ہوتے ہیں اور عموماً عضلی فعل سے پیدا ہوتے ہیں۔

گھٹنے کے خلوع میں جو بہت نادر الوقوع ہیں قصبیہ (tibia) باہر کی طرف کو یا اندر کی طرف کو یا آگے کی طرف کو یا پیچھے کی طرف کو ہٹ سکتی ہے۔ دونوں جانبی خلوع مقدم مضر خلوع کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ ایسے خلوع جوڑوں کا لا شعاعوں کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قصبیتی شوکہ (tibial spine) یا تو ٹوٹ جاتا ہے یا کسی ایک صلیبی رباط کے قصبیتی منتہی کے ساتھ علیحدہ ہو جاتا ہے۔ قصبیہ کے شوکہ کا اضلال جو فخذی قندالوں کے درمیان ہوتا ہے جانبی خلع کو رکاوٹ پیش کرتا ہے قبل الذکر خلوع تقریباً ہمیشہ جزوی ہوتے ہیں اور موخر الذکر بالعموم مکمل۔ رباطات اور عضلات کے بہت مضبوط اور متعلقہ ہڈیوں کے بہت چوڑا ہونے کی وجہ سے ان خلوع کی پیدائش کے لئے بہت سے تشدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ قصبیہ (tibia) یا عظم فخذی پر کا بلا واسطہ تشدد جس کے ساتھ قبل الذکر بھی اکثر موڑی جاتی ہے اس ضرر کا عام سبب ہے۔

اغلب ہے کہ گھٹنے کے جملہ خلوع میں صلیبی رباطات (crucial ligaments)

619

ٹوٹ جاتے ہوں۔ جانبی رباطات بھی بالعموم منقطع ہو جاتے ہیں، لیکن جزوی خلوع میں بعض اوقات صحیح و سالم پائے جاتے ہیں۔ عضلات وسیعہ (vasti) کا وتری پھیلاؤ جو گھٹنے کے سامنے ہوتا ہے جزوی خلوع میں بھی کسی قدر دریدگی سے شاذ و نادر ہی محفوظ رہتا ہے۔ ڈاکٹر ایف۔ ایس۔ میکنزئی (F. S. Mackenzie) نے مردہ جسم پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ صلیبی رباطات کو کاٹ دینے کے بعد بھی اس طاقت پر کوئی مادی اثر نہیں ہوتا جو گھٹنے کے جوڑ کا خلع پیدا کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اس نے یہ بھی معلوم کیا کہ آٹھ تجربوں میں سے سات میں کسر واقع نہیں ہوا بلکہ خلع پیدا ہوا، درغالب

زندگی میں کسر نہایت عام ہوتا ہے۔ ان امور سے وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ جوڑ کی قوت کا انحصار ارد گرد کے رابطات کی نسبت ارد گرد کے عضلات پر ہے۔

مابضی عروق (popliteal vessels) اور اعصاب خلفی غیر وضعت میں قصبہ سے متاثر ہونے کی نسبت مقدم خلع میں عظم فحذی سے زیادہ مضبوط ہو جاتے ہیں اور بظاہر زیادہ شدید طور پر ضرر رسیدہ پائے جاتے ہیں۔

فحذی کا زیرین کسرا۔ فحذی کا قنالی حصہ تقریباً سب کا سب ٹھوس ہڈی کی ایک باریک سی تہ کے سوائے شبکی ہڈی سے مرکب ہوتا ہے۔ یہ اتنا سفنجی ہوتا ہے کہ گولی ہڈی کو ریزہ ریزہ کرنے اور مفصل کو نقصان پہنچانے کے بغیر اس کو نشق کر دیتی ہے جیسا کہ لی گوئیٹ (Legouest) نے اشارہ کیا ہے۔ اس ہڈی کے زیرین سرے میں جو جو کسور پائے جاسکتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) پوری کا کسر قنالوں سے اوپر۔ (۲) زیرین بربالہ کی علحدگی۔ (۳) ایسا کسر جو بیرونی یا اندرونی قنال کو علحدہ کر دیتا ہے۔ (۴) ٹی (T) کی شکل کا ایک کسر یعنی مستعرض کسر جو قنالوں سے اوپر واقع ہوتا ہے، اور جس کا انتصابی حصہ ان زائندوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ ضرات قاعدۃً ایسی بلا واسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو اچھی طرح سے مختص المقام ہو۔ کسور اوہم بالواسطہ چوٹ مثلاً بلندی پر سے پاؤں کے بل گرنے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ سرہنری مورس (Sir Henry Morris) کا یہ بیان ہے کہ جانبی خم کردگی یا جانبی رخ میں لگائی ہوئی قوت بربالہ کو علحدہ کرنے کے لئے موزوں ترین ہوتی ہے۔ یہاں صرف ایک ہی کسر کے خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، اور وہ پوری کا وہ کسر ہے جو قنالوں سے اوپر ہوتا ہے۔ یہ ضرر بربالہ کے خط سے تقریباً ۲ انچ اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اس مقام کا قنطر ہوتا ہے جہاں ٹھوس ہڈی کی پوری اس ہڈی کے زیرین سرے کی زیادہ نرم اور زیادہ شبکی بافت سے ملتی ہے۔ نیز یہ اس جگہ کے بھی قریب ہوتا ہے جہاں فحذی شریان ہڈی کو عبور کر کے مابض میں پہنچتی ہے۔ اس لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ اس خاص ضرر میں یہ عرق ہڈی کی کچوں سے زخمی ہو گیا ہے۔ یہ کسر بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ترجیحاً واقع ہوتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا انہی عضلات سے اوپر کھینچا جاتا ہے جو پوری کے کسور میں قصیدہ کرتے ہیں

(صفحہ 597) - اور اس کے تیز بالائی سرے کے گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے ذریعہ سے مابضی فضا میں زور سے کھینچ جانے کا امکان ہوتا ہے۔ موخر الذکر غیر وضعیت کو درست کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اگر جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہو تو یہ ٹکڑا ربلہ میں اور زیادہ کھینچ جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ سیدھا دکھائی دے اور اس پر بھی گھٹنا بہت خمیدہ ہو۔ گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے انقباض کا رجحان نیچے کے فخذی ٹکڑے کو مابضی فضا میں برقرار رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور اس لئے انخیل وتر (tendo Achillis) (عقبیتی: calcaneus) کو کاٹ دینے کی رائے پیش کی گئی ہے۔ عضلات مقابل کے معکوس انقباض کو جارحہ مسلسل جر کا استعمال کرنے سے رفع کیا جاتا ہے۔ فخذی کے نیچے کے ٹکڑے کو ٹانگ کو ران پر مکمل طور پر خمیدہ کرنے سے اس کی جگہ پر پھر قائم کیا جاسکتا ہے۔ (ہچنسن: Hutchinson اور برنارڈ: Barnard)۔

قصبیہ (tibia) کے بالائی سرے میں بعض اوقات کسر واقع ہوتی ہے، گو اس ہڈی کے تمام حصوں میں سے اس کا بالائی ایک تہائی حصہ وہ حصہ ہے جو سبک کم مسکور ہوتا ہے۔ ہر ایک حدیبہ بھی ٹوٹ سکتا ہے۔ یا پوری کے بالائی سرے میں مستعرض یا ترچھا کسر واقع ہو سکتا ہے جس کے ساتھ ایک انتصابی کسر بھی ہوتا ہے جو دونوں حدیبہ کے درمیان سے جوڑ کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ ایسے حادثات تقریباً ہمیشہ شدید بلا واسطہ چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

درنہ (tubercle) اکثر واقعات میں اس برہالی مرکز کی توسیع سے متعلق ہوتا ہے جو قصبیہ کے اوپر کے سرے کے لئے ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات اس کا مرکز علیحدہ بھی ہوتا ہے (شلیٹر: Schlatter)۔ ریعان میں مقدم درنہ کے اوپر کا برہالی لب بعض اوقات مرتفع اور الیم ہوتا ہے اور بظاہر علیحدہ پایا جاتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات کسر کی ایک قسم تصور کی جاتی ہے مگر یہ غالباً عام طور پر کم درجہ کی قشیت کے سرایتی عمل سے ابتداً پیدا ہوتی ہے (شلیٹر کا مرض: Schlatter's disease)۔ اس ہڈی کے سر میں اور فخذی کے زیرین سرے میں جو اسفنجی بافت ہوتی ہے

وہ مخی سلہ (myeloma) کے لئے بدرجہ اولیٰ ایک مساعد مقام ہے۔

گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت سر رابرٹ جونز (Sir Robert Jones) پہلے جوڑ کو غلیظی میز کے سرے پر خمیدہ کر لیتا ہے۔ اور اسے حتی الامکان اسی وضع میں قائم رکھتا ہے کیونکہ اگر یہ ہل جائے تو یہ ہوا چوس لیتا ہے، اور اسکے ساتھ بعض اوقات سرائٹ اندر پہنچ جاتی ہے۔ وہ جوڑ کو ایک انتصابی شکاف سے کھولتا ہے جس سے مچنی اور رُضنی رباط (ligamentum patellæ) دائیں اور بائیں نصف حصوں میں کاٹ دئے جاتے ہیں۔ یکہفہ کے جوڑ کیلئے عبور رُضنی (transpatellar) راستہ ہے۔

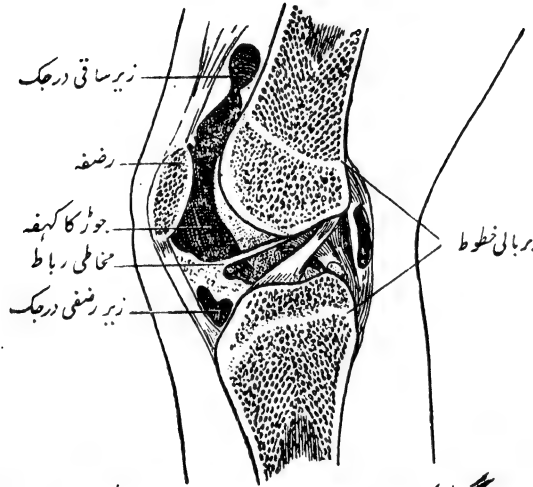
نفل ناشکاف میں سے، جو ایک قندال کے پیچھے سے شروع کیا جاتا ہے اور رُضنی رباط (ligamentum patellæ) کے اوپر سے لاکر دوسرے قندال کے پیچھے ختم کر دیا جاتا ہے، گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں: ۱۔ جلد، ردا، اعصاب کا رُضنی ضغیرہ، (جو وسطی اور اندرونی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب کی رُضنی شاخ سے بنتا ہے)، رُضنی درجک، کیسیہ کا مقدم حصہ، رُضنی رباط (ligamentum patellæ)، زلابی غشا، جانبی اور صلیبی رباطات، فوقانی اور تحتانی مفصلی شاخیں، تغمی کبیر (anastomotica magna) اور مقدم قصبیتی باز گرد عروق۔

داخلی قندال کے اوپر کا شکاف پیچھے کی طرف اتنا دور نہ ہونا چاہئے کہ اس سے داخلی صافنی ورید اور عصب بھی کٹ جائے۔ نخذی کو آری سے کاٹتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ہڈی کی مفصلی سطح کا صحیح صحیح میلان قائم رکھا جائے۔ اگر یہ اچھی طرح سے نہ کاٹی جائے گی تو مریض کی ٹانگ کمان کی طرح خمیدہ رہے گی، یا اس کے گھٹنے کراٹینگے، یا اسے خم کر دگی یا غلظی اغما کی شکایت رہے گی۔ لہذا قاعدہ یہ ہے کہ آری مفصلی سطح کے متوازی اور پوری سے عمود رکھی جائے۔

کم عمر مریضوں میں اس امر کے متعلق ضرور احتیاط رکھنا چاہئے کہ آری کی کاٹیں برابر لی خط کی دوسری طرف تک نہ جانے پائیں۔ نخذی برابر کی بالائی حد ایک فقی خط سے جو ہڈی پر سے عضلہ مقربہ کبیرہ کے درنہ کے لیول پر کھینچا جائے ظاہر کجا سکتی ہے (شکل ۱۲۳)۔

اگر استیصال میں تمام بکری سطح (trochlear surface) علیحدہ کر دی جائے تو تمام بر بالہ دور ہو جائے گا۔ اس بر بالہ میں پیدائش سے بہت قلیل عرصہ پہلے ایک مجرد نوات پیدا ہوتا ہے اور وہ پوری سے ۲۰-۲۱ سال کی عمر میں متحد ہو جاتا ہے۔

قصبیتی بر بالہ (tibial epiphysis) کے حدود جانبین پر اور پیچھے کی طرف اُس افقی خط سے ظاہر ہوتے ہیں جو عین حدیبہ جات کی نشان دہی کرتا ہے۔ اس لئے



فصل ۱۴۴ - گھٹنے کے جوڑے کے قرب و جوار کے بر بالی خطوط اور ان کا تعلق زلابی غشا سے۔ (ایلن تھامسن: Allen Thomson کے مطابق)۔

اس میں وہ نشیب بھی شامل ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے غتہ کی لئے ہوتا ہے، اور وہ رنجہ بھی جو غشلیہ (fibula) کے لئے ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف بر بالی خط ہر ایک جانب پر ایک نقطہ تک ڈھلتا چلا جاتا ہے جو پیش ساق کے بالائی سرے پر ہوتا ہے، اور اس طرح یہ قصبیہ کے تمام درنہ کو گھیر لیتا ہے۔

یہ مرکز اصلی ہڈی سے اکیسویں یا بائیسویں سال پر متحد ہوتا ہے۔

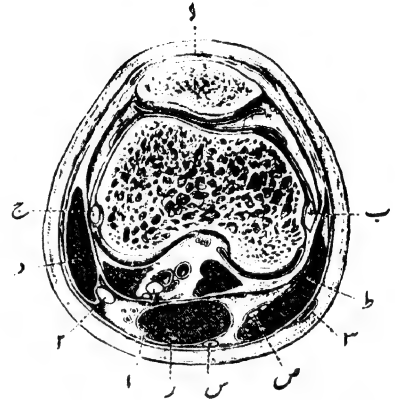
اس جوڑ کا استیصال کرتے وقت مابضی شریان (popliteal artery) کے

زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اس عرق اور عظم فخذی کی مابضی سطح میں کچھ فاصلہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۵) مگر یہ قصبیہ سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے اور اس ہڈی کے بالائی لیول پر صرف موخر رباط ہی ان کے درمیان حائل ہوتا ہے اس لئے عظم فخذی کے زیرین حصہ کو دور کرنے کی نسبت قصبیہ کو آری سے کاٹتے وقت اس شریان کے زخمی ہونے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔

گھٹنے کے استیصال (excision of the knee) کی جگہ خاص کر بچوں اور نوجوانوں میں زیادہ تر مفصل برآری (arthrectomy) سے انجام دی جاتی ہے۔

گھٹنے کے جوڑ کی سیلیت۔ جوڑ کی بہت سی پیچیدگی کی وجہ سے سرائٹ حادثے واقعات میں جراحی سیلیت کا عمل میں لانا اور اسے برقرار رکھنا مشکل ہوتا ہے۔ شکل ۴۴ کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ جوڑ کے تمام کھنڈ کو صرف مقدم شکافت ہی سے مناسب طور پر نہیں کھولا جاسکتا۔ قندالوں کی پچھلی طرف پر بھی وہاں کی زلابی جیوں کو کھولنے کے لئے شکاف دینے ضروری ہوتے ہیں۔

مابضی عروق (popliteal vessels) کے باہر کی طرف بھی اس جیب کی سیلیت کے لئے جو عضلہ مابضیہ (popliteus) سے تعلق رکھتی ہے اکثر پانچواں شکاف دینا ضروری ہوتا ہے۔



شکل ۱۴۵۔ بائیں گھٹنے کے جوڑ کی مستعرض تراش چینی کے مرکز پر سے۔

(برائن: Braune)۔

- ۱۔ زفنی درجک۔ ب۔ داخلی جانبی رباط اور اندرونی قندال۔ ج۔ خارجی جانبی رباط اور بیرونی قندال۔ د۔ زورین۔ ہ۔ نیم غشائی عضلہ۔ م۔ نیم وتری عضلہ۔ ن۔ عضلہ رشیقیہ کا وتر۔ ط۔ عضلہ خیا لمیہ۔ ۱۔ داخلی مابضی عصب۔ ۲۔ خارجی مابضی عصب۔ ۳۔ داخلی صافنی درید۔

324

بعض اوقات اس حالت میں بھی پہلے چند دنوں کے بعد سیلیٹ ناکافی ثابت ہوتی ہے۔ اور خطرناک حالت میں سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کو پو (۱) کی شکل کے ایک سٹیف سے جو رضی رباط (ligamentum patellæ) پر سے اس کو کاٹنا ہوا گذرے گھول دیا جائے اور جوڑ کو اسی طرح خوب کشادہ رہنے دیا جائے تا وقتیکہ یہ اتنا صاف نہ ہو جائے کہ اسے بند کیا جاسکے۔

گھٹنے کے جوڑ کے لئے سکون۔ گھٹنے کے ضربات اور امراض کے ابتدائی مدارج میں جراح کا پہلا مقصد یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کے لئے سکون ہسٹا کرے، اور دوسرا اور بعد کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس کے فعل کو از سر نو قائم کرے۔ نیز گھٹنے کے جوڑ کو سکون دینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کوئلے کے اور ٹخنے کے جوڑوں کو بھی سکون دیا جائے۔ کیونکہ بہت سے عضلات جو گھٹنے پر فعل کرتے ہیں کوئلے اور ٹخنے پر بھی فعل کرتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ دہرے جوڑوں والے عضلات کے فعل کو زائل نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ان تمام جوڑوں کو جن پر یہ فعل کرتے ہیں ساکن نہ کر دیا جائے۔ حادثہ کے اختتام کے ساتھ ہی یہ ضروری ہوتا ہے کہ ساکن کئے ہوئے عضلات کے افعال کی تجدید کی جائے۔ ایسا فعال اور منقلح حرکات سے کیا جاسکتا ہے، جن میں جارحہ سفلی کے تمام جوڑ لازمی طور پر حصہ لیں۔

گھٹنے کے جوڑ میں سے بتر سیٹیفن سمٹھ کے ٹوپ دار مساوی جانبی دامن والے طریقہ (Stephen Smith's hooded equal lateral flap method) سے موزوں طور پر کیا جاسکتا ہے۔ مگر اس سے دو نقصان پیدا ہوتے ہیں یعنی (۱) اگر مصنوعی جوڑ دار جارحہ کا استعمال کیا جائے تو اس کا جوڑ لازمی طور پر طبعی جوڑ سے نیچے ہوتا ہے اس لئے مریض کے دونوں گھٹنوں کے لیول مختلف ہو جاتے ہیں۔ (۲) جوڑ لابی تاجہ پیچھے رہ جاتا ہے اس میں الہتاب زلاب (synovitis) کے متوالی حلق واقع ہونیکا خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا اکثر جراح فوق قندالی عملیہ مثلاً سٹوکس گریٹی (Stokes-Gritti) کے بتر کو یاران کے زیریں اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کے بتر کو ترجیح دیتے ہیں۔

باب ہست و پنجم ٹانگ

625

(LEG)

سطحی تشریح - قصبیہ کا مقدم کنارہ جس سے پیش ساق کا فراز بنتا ہے تمام کا تمام محسوس کیا جاسکتا ہے - یہ کنارہ کسی قدر خم دار ہوتا ہے - اوپر کی طرف یہ باہر کو اور نیچے کی طرف یہ اندر کو خمیدہ ہوتا ہے - اس ہڈی کی عریض اندرونی سطح زیر جلدی ہوتی ہے اور اس کے اندرونی کنارہ کا حدیبہ (وسطانی قصبیتی قندال (medial tibial condyle سے لیکر کعبیہ (malleolus) تک تعاقب کیا جاسکتا ہے - شظیہ (fibula) کا سہ واضح طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے - لیکن اس کی پوری کا بالائی نصف عضلات کے اس تودہ کے نیچے غائب ہو جاتا ہے جو جارسہ کی باہر کی طرف پایا جاتا ہے - شظیہ کی پوری کا زیرین نصف محسوس کیا جاسکتا ہے اور یہ ہڈی کعبیہ کے عین اوپر عضلہ شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) اور دوسرے دونوں شظلی عضلات کے درمیانی وقفہ میں زیر جلدی ہو جاتی ہے - شظیہ (fibula) قصبیہ کی سیدھ سے اتنی پیچھے واقع ہوتی ہے کہ اگر اندر کی طرف سے قصبیہ کے پیچھے سے ٹانگ میں سے چاقو مستعرضاً گزرا جائے تو وہ باہر کی طرف شظیہ کے آگے نکلے گا (شکل ۱۴۷) -

قصبیہ اور شظیہ کے درمیان عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کا خاکہ

جب کہ یہ اپنا فعل سرانجام دے رہا ہو اچھی طرح سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ اس کی باہر کینجہ پر عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کا کم نمایاں فراز ہوتا ہے۔ بخوبی نمایاں جوارح میں وہ میز اب جو ان دونوں عضلات کو علحدہ کرتا ہے بہت واضح ہوتا ہے۔ اور مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان کے لئے بہترین رہنما ہوتا ہے۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں یہ عضلات وتری ہو جاتے ہیں، اور ان کے درمیان عضلہ باسطہ طویلہ ابهامیہ قدیمیہ (extensor longus hallucis) سطح کی طرف آتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ طویل اور قصیری (peroneal) عضلات شناخت کئے جاسکتے ہیں، اور ان کے اتار کا تعاقب کعبیہ کے پیچھے تک کیا جاسکتا ہے۔ فعال انقباض کی حالت میں ان دونوں عضلات کے درمیان کا وقفہ اکثر بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے۔ جب جسم پاؤں کی انگلیوں پر اٹھایا جاتا ہے تو گیسٹروکنیمیئس (gastrocnemius) عضلہ اور سکیہ (soleus) کے زیادہ سطحی حصے بخوبی دکھائی دیتے ہیں۔ قبل الذکر کے دونوں سراسر حالت میں بہت واضح ہوتے ہیں، اور یہ بھی دیکھا جاسکتا ہے کہ اندرونی سر زیادہ بڑا ہوتا ہے اور ٹانگ میں زیادہ نیچے تک چلا آتا ہے۔

مابقی شریان (popliteal artery) قصبیہ (tibia) کے رز کے زیرین حصہ کے لیول پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے (شکل ۱۳۹ صفحہ 600)۔ موخر قصبیتی عروق (posterior tibial vessel) کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو گھٹنے کے خم کے زیرین حصہ پر سے جارح کے اندرونی اور بیرونی کناروں کے عین درمیان سے لیکر اندرونی کعبیہ اور ایڑی کے فراز کے درمیان کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے۔ یہ شریان ٹانگ کے زیرین ایک چوتھائی حصہ سطحی ہو جاتی ہے جہاں خلی تر (tendo Achillis) (عقبیتی: calcaneus) اور قصبیہ کے درمیان اس کا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔ سطحی شریان (peroneal artery) گھٹنے سے تین انچ نیچے نکلتی ہے اور شطبیہ (fibula) کے موخر اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ جا کر بیرونی کعبیہ کے پیچھے جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم قصبیتی شریان (anterior tibial artery) کا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو مقدم قصبیتی رز کے بیرونی کنارہ اور شطبیہ (fibula) کے سر کے بیرونی کنارہ کے

درمیان فی فاصلہ کے وسط سے لیکر (پیمائش سے) دونوں کعبیوں کے درمیان کے نقطہ وسطی تک گھینچا جائے۔

دونوں صافنی وریدیں ٹانگ میں اکثر شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی یا بڑی ورید کعبیہ کے سامنے سے گذر کر قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف چلی جاتی ہے۔ قصبیہ صافنی ورید بیرونی کعبیہ کے پیچھے واقع ہوتی ہے، اور پنڈلی کے درمیانی حصہ پر سے اوپر کی طرف کو جا کر نابض پر ختم ہو جاتی ہے۔ خارجی صافنی غصب اس کے ساتھ ہوتا ہے۔

ٹانگ پر کی جلد زیادہ عمیق حصوں کے ساتھ ران کی نسبت کس قدر زیادہ منضغ ہوتی ہے۔ اس انضمام کی مقدار میں جو فرق ہوتا ہے وہ اُس وقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ بترکی حالتوں میں دونوں حصوں پر سے جلدی دامنوں کی تقطیع کی جاتی ہے۔ قصبیہ کی اندرونی سطح اور پیش ساق کے زیادہ حصہ پر جلد عین گردِ عظمہ اور ہڈی پر واقع ہوتی ہے اور سوائے زیر جلدی ردا کی تھوڑی سی مقدار کے ان کے درمیان اور کچھ حائل نہیں ہوتا۔ چنانچہ اس مقام کی چوٹوں میں نہ صرف زیادہ درد ہی پایا جاتا ہے بلکہ جلد کی بہت سی کوشنگی اور دریدگی بھی پائی جاتی ہے۔ پیش ساق کی رگڑ اتنی چوٹ سے واقع ہو جاتی ہے جتنی کہ بخوبی محفوظ حصہ پر یا تو کچھ اثر نہیں رکھتی اور یا بہت کم اثر رکھتی ہے۔ ان حصوں پر (جو بہت ہی کم محفوظ ہیں) قروح زیادہ گہرا پھیل جانے سے ہڈی کو جلد معر کر دیتے ہیں اور التهاب گردِ عظمہ (periostitis) پیدا کر دیتے ہیں۔ عمیق قروح یا احتراقات کے بعد جو ندبہ جات باقی رہ جاتے ہیں وہ بھی ہڈی سے اکثر بالکل منضغ ہائے جاتے ہیں۔

صفاق (aponeurosis) گھٹنوں تک کسے ہوئے بوٹ کی طرح ٹانگ کو محصور کرتا ہے، اور یہ صرف ہڈیوں کی زیر جلدی سطح پر ہی موجود نہیں ہوتا (شکل ۱۴، اور ۱۴۸)۔ یہ قصبیہ (tibia) کے سر اور اس کے مقدمہ اور اندرونی کناروں اور شظیہ (fibula) کے سر اور دونوں کعبیوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ ردا ئے علوی (fascia lata) سے اور نیچے کی طرف پاؤں کی ردا اور حلقی رباطات سے مسلسل ہوتا ہے۔ آگے کی طرف پیچھے کی طرف کی نسبت یہ زیادہ موٹا ہوتا ہے اور ٹانگ کے بالائی حصہ پر

گھٹنے کے عین نیچے یہ خاص طور پر مٹا ہوتا ہے۔ اس مقام پر یہ ردا ان سلعات کی بالیدگی کو جو قصبیہ کے سر سے پیدا ہوتے ہیں بہت مزاحم آتی ہے۔ اس صفاق کی گہری سطح سے دو فاصلہ اندر کی طرف کو جاتے ہیں اور شیطیہ (fibula) کے مقدم اور خارجی کناروں سے چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ یہ دونوں بڑے شیطی (peroneal) عضلات کو جارحہ کے دوسرے عضلات سے منفرد کر دیتے ہیں، اور ایک بند فضا بناتے ہیں جو بعض اوقات پیپ کا ایک واضح اور بخوبی محض المقام کہفہ بن جاتی ہے۔ گیسٹرونیمیس (gastrocnemius) اور سکلیہ (soleus) کے نیچے ردا کی ایک تہ دونوں ٹہریوں کے درمیان پھیلی ہوتی ہے۔ اور یہ تہ عضلات کی عمیق تہ کو پوشیدہ کرتی ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ باریک مگر نیچے کا کشیف ہوتا ہے۔ عمیق خراج کی ترقی کی رہنمائی کرنے میں اس کا کچھ حصہ ہوتا ہوگا۔

جارحہ کی مشلول حالتوں میں ردا ٹی پھیلاؤں اور غلافوں میں تقبضات واقع ہو جاتے ہیں۔ اور جب جراح جارحہ کو اس کی طبعی حالت پر لانے کی کوشش کرتا ہے تو یہ مزاحمت کرتے ہیں (کالین میکینزی: Colin Mackenzie)۔

ٹانگ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور باسطہ مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کے درمیان ایک فاصلہ ہوتا ہے جس کو مقدم قصبیتی شریان کے بالائی حصہ کے باندھنے کے لئے عملیہ سراج نامہ دیتے وقت تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلہ سکلیہ (soleus) کے جرم میں ایک وتری پھیلاؤ ہوتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ موخر قصبیتی شریان (posterior tibial artery) کو بندش لگانے میں عضلہ سکلیہ (soleus) میں سے کاٹتے وقت یہ ممکن ہوتا ہو کہ اس تقاطع کو غلطی سے اس عضلہ کی عمیق سطح پر کا صفاق تصور کر لیا جائے۔

گیسٹرونیمیس (gastrocnemius) یا اخیلی وتر (tendo Achillis) بعض اوقات سخت و زدن سے مشق ہو جاتا ہے۔ خاص کر جب کہ مریض شینس کا یا کوئی ایسا دوسرا ہوتا ہے جس کی ایڑی اس جوتے سے کم اونچی ہو جو وہ عادتاً پہنتا ہے۔ یہ حادثہ مشہور و معروف جان ہنٹر (John Hunter) کو رقص کرتے ہوئے پیش آیا تھا۔ انحصیہ (plantaris) کا

وتر بھی اکثر مستعصماً پھٹ جاتا ہے جس سے ورزش کے دوران میں پنڈلی میں دفعۃً ایک چبک اٹھتی ہے۔

عروق۔ چونکہ ٹانگ کی تمام بڑی بڑی شریانیں ہڈیوں سے بہت قریب ہوتی ہیں اس لئے جارحہ کے کسور میں تیز ٹکڑوں سے ان کے زخمی ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ شظی (peroneal) شریان پر جو شظیہ (fibula) کے ساتھ ساتھ ایک لیفی قنال میں جاتی ہے خاص طور پر اس امر کا اطلاق ہوتا ہے۔ اور جو کسور اس ہڈی کے وسط پر واقع ہوتے ہیں ان میں اس کے زخمی ہونے کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔ جہاں مابضی شریان (popliteal artery) دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں سدا دوں (emboli) کے خاص طور پر اٹک جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ اس عرق کو ڈاٹ لگا دیتے ہیں اور ٹانگ کی نئیوں بڑی شریانوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ لہذا اس واقعہ کے بعد گنگرین قلیل الوقوع نہیں ہوتی۔ یہ امر تعجب خیز ہے کہ جب ورید اور شریان دونوں کو بندش لگا دی جائے تو گنگرین کے واقع ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے (Makins: میکنس)۔

دوالی نما وریدیں (varicose veins) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت شائد بواسیری (haemorrhoidal) یا منوی (spermatic) وریدوں کے سوا ٹانگ میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس حالت کا انحصار جارحہ اسفل کی وریدوں کے طول کی زیادتی پر، اور خون کے ان بڑے بڑے ستونوں پر، جن کو ان کے مصاریع کو سہارا دینا پڑتا ہے، اور انکی انتصابی وضع پر، اور ان بڑے بڑے تنوں (ترقیہ iliac: کے جن میں یہ وریدیں انجام کار داخل ہوتی ہیں مضبوط ہو جانے کے امکان پر، اور نیز اس امر پر ہے کہ سطحی وریدوں کے رداسے باہر واقع ہونے کی وجہ سے ان کے دوران کو وہ مدد نہیں ملتی جو عضلی انقباض سے حاصل ہوتی ہے۔ طبعی نقطہ نگاہ سے عرقی نظام کو سیال کا ایک انتصابی ستون سمجھنا چاہئے۔ اس کی دیواروں پر اتنا ہی زیادہ دباؤ ہوگا جتنا نیچا کہ لیول ہوگا۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) پتلی دیواروں کی تندہ پندیرلیساں ہیں جو اس استوار دیواروں والے استوانہ سے جو ٹانگ اور انکی عمیق رداسے بنتا ہے باہر واقع ہیں۔ اور جسم کے نیچے کے حصہ میں پائی جاتی ہیں جہاں

جاذبہ زمین سے پیدا شدہ دباؤ سب سے زیادہ ہے (اہل: Hill)۔ گیٹسوں (garters) کا استعمال خاصکر طویل صافنی ورید پر اثر کرتا ہے جو ہڈی کے قریب اس مقام پر واقع ہوتی ہے جہاں یہ انقباضی بند بالعموم لگائے جاتے ہیں۔

ورنیوئل (Verneuil) بیان کرتا ہے کہ پنڈلی کے عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان ایک وریدی ضغیر ہوتا ہے جس کے متعلق اس کا یہ خیال ہے کہ اس میں سطحی عروق کی نسبت دوالی زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان وریدوں کی دوالی نما حالت سے جو گہری واقع ہوتی ہیں ”ہمیشہ درد کرنے والی ٹانگوں“ (aching legs) کی توجیہ ہو سکتی ہے جس کی شکایت ایسے اشخاص کیا کرتے ہیں جو بہت دیر تک کھڑے رہتے ہیں۔ دروں عضلی وریدیں بہت بڑی ہوتی ہیں۔ کیلنٹ ڈر

(Calender) نے یہ ثابت کیا ہے کہ ان چھ وریدوں کا مجموعی قطر

جو عضلہ سکیہ (soleus) میں سٹوٹکر موٹو فیسیٹی (posterior tibial)

اور شطی (peroneal) تنوں سے جاملتی ہیں ایک انچ سے کم نہیں ہوتا۔

دوالی کی ابتدا سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ان مقامات پر

ظہور پذیر ہوتی ہے جہاں سطحی وریدیں عمیق عروق میں داخل ہوتی ہیں۔

اس کے لئے ایک معقول وجہ موجود ہے کیونکہ ان مقامات پر

تین قوتیں ملتی ہیں جن کے عمومی رخ مشمولہ تصویر میں ظاہر کئے گئے ہیں



شکل ۱۴۶۔

(شکل ۱۴۶)۔ خون کے فوق الوضعی ستون کا وزن (۱) اور اس سے فعل کرتا ہے۔ اور عمیق

ورید کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے مصراع ہوتا ہے اس کی پیش کردہ مزاحمت

(ب) نیچے سے فعل کرتی ہے۔ اور وہ قوت جس سے قابض عضلات خون کو عمیق ورید سے

سطحی تنے میں دھکیلتے ہیں ہر دو خطوط قوت سے زاویہ پر فعل کرتی ہے (ج)۔ دوالی کے

مریضوں کی یہ بد قسمتی ہے کہ دونوں بڑی بڑی وریدوں (صافنی) کے ساتھ ساتھ

حسی اعصاب بھی ہوتے ہیں۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ دوالی نما وریدوں کی موجودگی

میں جو درد پایا جاتا ہے اس کا بہت کچھ انحصار انہی اعصاب پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے۔

ٹانگ کے درد کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب اس حصہ کو

حس ہمایا کرتے ہیں وہ اپنے نقاط انتہا سے معتدبہ فاصلہ پر پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ میں درد پیدا ہونے کا سبب تکلیف کے مقام سے بہت دور واقع ہو چنانچہ ٹانگ کے نیچے کے حصہ اور پاؤں کا شدید درد قطنی سلعہ میں پایا جاسکتا ہے۔ یا ران یا گھٹنے کا درد متقیبی سرطان سی جو عجری ضغیرہ (sacral plexus) پر اثر انداز ہو چکا ہو پیدا ہو سکتا ہے۔ کلی حصات (renal calculus) کے متعلق یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ یہ ایرٹی میں شدید درد پیدا ہونے کا باعث بھی ہوتا ہے۔

ٹانگ کے کسور۔ قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) ایکلی ایکلی ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی ہیں۔ اور اکیلے اکیلے ٹوٹنے کی حالت میں بڑی ہڈی کے مقابلہ میں شظیہ (fibula) اکثر ٹوٹتی ہے۔

۱۔ قصبیہ اور شظیہ (tibia and fibula)۔ جہاں تک اس مزاحمت کا تعلق ہے جو شظیہ (fibula) چوٹ کو پیش کرتی ہے یہ ہڈی سوائے کعبیہ اور بالائی سر کے باقی تمام حصوں میں تقریباً ایک سی مضبوط ہوتی ہے۔ اس کے طول کی زیادتی، اس کا محل جو جارحہ کی زیادہ معراجاں پر ہوتا ہے اور قصبیہ سے اس کے چسپیدہ ہونا طریقہ (اس کے دونوں سرے مثبت ہوتے ہیں اور اس کا زیادہ تر حصہ بغیر سہارے کے ہوتا ہے)، وہ امور ہیں جو اس میں کسور واقع ہونے کے امکان کو خاص طور پر زیادہ کر دیتے ہیں۔ مگر یہ اپنے ارد گرد کے عضلات کی موٹی گدی سے بہت اچھی طرح سے محفوظ ہوتی ہے۔ قصبیہ کی پوری کی مضبوطی جہاں تک اس کے اوپر کے درمیان کے، اور نیچے کے حصوں کا تعلق ہے مختلف ہوتی ہے۔ ڈاکٹر لیریش (Dr. Leriche) کے مطابق بالغ کی قصبیہ کا اوسط مستعرض قطر حدیبہ جات کے سین نیچے ۳.۱ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ کعبیہ کے قاعدہ پر اس کا مستعرض قطر ۳.۱ انچ سے ذرا کم ہوتا ہے۔ اور اس ہڈی کے سب سے پتلے حصہ کا قطر ۱.۱ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ یہ پتلا حصہ پوری کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر ہوتا ہے اور یہ ہڈی کا کمزور ترین مقام ہے۔ لہذا قصبیہ (tibia) کے کسر کا عام ترین محل وقوع پوری کے زیرین اور درمیانی ایک تہائی حصوں کا مقام اتصال ہے۔ جب یہ ہڈی بالواسطہ تشدد سے ٹوٹتی ہے تو یہ اسی مقام پر

جواب دیتی ہے، اور بلا واسطہ ضرب سے پیدا شدہ ضرات پوری کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔

نرم حصوں کے غلاف کے پٹلا ہونے اور قوت کا سرہ اور ہڈی کے درمیان خفیف رکاوٹ حائل ہونے کی وجہ سے ٹانگ کے کسور جوارح کی دوسری ہڈیوں کی نسبت اکثر مرکب (compound) اور متعدد (comminuted) ہوتے ہیں۔

اگر کسر ترجھا ہو جیسا کہ چوٹ کے بالواسطہ لگنے کی حالت میں عام طور پر ہوتا ہے تو خط شکستگی بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور ذرا اندر کی طرف کو آتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہی بندنی کے عضلات سے بقیہ ہڈی کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ اور ٹکڑا کسر کے ترجھا ہونے کی وجہ سے عام طور پر باہر کی طرف کو بھی ٹل جاتا ہے نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے پھر جانے کی وجہ سے باہر کی طرف کو کبھی قدر گردش کر جاتا ہے، اور یہ گردش جارحہ کے صرف وزن ہی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کسر متعرض ہو تو غیر وضعیت نہیں پائی جاتی، اور اگر کبھی پائی بھی جاتی ہے تو بہت ہی کم ہوتی ہے۔

تنظیہ (fibula) قصبیہ (tibia) کی نسبت عام طور پر زیادہ اونچے بول پر ٹوٹتی ہے۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ اس کا نیچے کا ٹکڑا اس سے بڑی ہڈی کے متناظر ٹکڑے کی بالکل صحیح متابعیت کرتا ہے۔

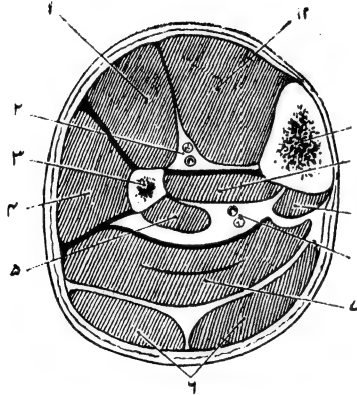
مروڑے جانے سے خاص کر جب کہ پاؤں مثبت ہو ایک حلزونی کسر (لولہی کسر: fracture hélicoïde) پیدا ہو سکتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے زیرین ایک تہائی حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ایک کم و بیش انتصابی انشقاق بھی پایا جاتا ہے جو ٹخنے کے جوڑ کو موقوف کر دیتا ہے، اور تنظیہ (fibula) کا ایک کسر بھی پایا جاتا ہے جو زیادہ اونچا ہوتا ہے۔

۲۔ ایسی تنظیہ۔ اس ہڈی کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ عام طور پر بالواسطہ تشدد سے پیدا ہوتے ہیں اور ان کا ذکر ٹخنے کے جوڑ کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ جب اس ہڈی کا کوئی دوسرا حصہ ٹوٹتا ہے تو قوت کا سرہ بالعموم بلا واسطہ اثر کرتی ہے، اور غیر وضعیت بہت ہی قلیل ہوتی ہے۔ اور شکل سو دکھائی دیتی ہے قصبیہ (tibia) ایک

موثر جبرہ کا کام دیتی ہے۔

۳۔ ایکسیل قصبیہ - کعبیہ چوٹ سے ٹوٹ سکتا ہے، یا زیرین ربارا علیحدہ ہو سکتا ہے۔ موخر الذکر سارے اندرونی کعبیہ اور اس رخ پر متکل ہوتا جس سے شظیہ (fibula) جڑتی ہے۔ یہ اٹھارویں یا بیسویں سال میں پوری سے متحد ہوتا ہے۔ ایکسیل قصبیہ (tibia) کے کسور تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں۔ ہڈی کے زیرین ایک نہائی حصہ میں یہ نہایت کثیر الوقوع ہیں۔ اور جوں جوں گھٹنے کے قریب جائیں یہ زیادہ نادر الوقوع

632



شکل ۱۴۷۔ ٹانگ کے بالائی ٹکٹ کی مستعرض تراش کی ارتسامی توضیح۔

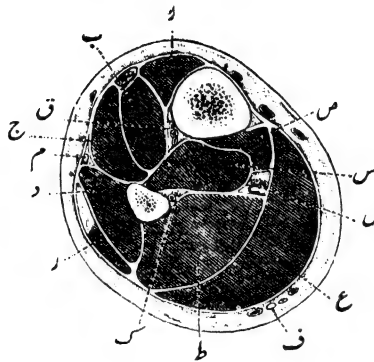
سکینہ کے نیچے مضبوط صفاق کو اور اس عضلہ کے جرم میں مکیوس و ترکومی دیکھو۔

- ۱۔ عضلہ قصبیہ مقدم - ۲۔ مقدم قصبیتی ثریان اور عصب - ۳۔ شظیہ - ۴۔ عضلہ شظیہ طویل - ۵۔ قابضہ طویل ابہامیہ قدیمہ - ۶۔ گیسٹروکنیمیس - ۷۔ سکینہ - ۸۔ موخر قصبیتی شریان اور ورید - ۹۔ قابضہ طویل اصبعیہ - ۱۰۔ عضلہ قصبیہ موخر - ۱۱۔ قصبیہ - ۱۲۔ باسطہ طویلہ اصبعیہ -

ہوتے جاتے ہیں۔ جب کسر مستعرض ہوتا ہے تو بعض اوقات کوئی مرنی غیر وضعیت نہیں ہوتی، اور شظیہ (fibula) جبرہ کا کام دیتی ہے۔ جب کسر گھٹنے کے جوڑ کے صین اوپر ہوتا ہے

تو نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہر ایک سمت میں ہلایا جاسکتا ہے۔ ایسی غیر وضعیت کی حرکات اور تحدید تحتانی قصبیتی شتلی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) کرتے ہیں۔

کساحت (rickets) میں جوارح کی تمام ہڈیوں میں سے فصبیہ (tibia) ہی ہے جو نہایت کثرت سے خمیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ اپنے کمزور ترین حصہ پر (درمیانی اور



شکل ۱۴۸۔ ٹانگ کے زیریں ایک تہائی حصہ میں سے تراش۔

(برائن : Braune) -

۱۔ عضلہ قصبیہ مقدم - ب - باسط طویلہ ابهامیہ قدیمیہ - ج - باسطہ مشترکہ اصبعیہ - د - عضلہ شظیہ قصیرہ
 ۲۔ شظیہ طویلہ - س - عضلہ قصبیہ موخر - ص - قابضہ طویلہ اصبعیہ - ط - قابضہ طویلہ ابهامیہ قدیمیہ -
 ۳۔ گیگروکنیسیس اور سکمیہ - ف - قصیرہ صافنی عصب اور ورید - ق - مقدم قصبیتی عروق اور عصب -
 ک - شظی عروق - ل - موخر قصبیتی عروق اور عصب - م - عضلی جلدی عصب -

زیریں ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر جھک جاتی ہے اور یہاں ہڈی میں آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کو ایک خم پایا جاتا ہے۔

تشظیہ کبھی کبھی غائب بھی ہوتی ہے اور اس حالت کے ساتھ یاؤں کی بدشکلی بھی

پاٹی جاتی ہے۔ نیز پاؤں کی باہر کی طرف کی دو یا دو سے زیادہ انگلیاں بھی غائب ہوتی ہیں۔
 قصبیہ (tibia) اپنے زیر جلدی محل کی وجہ سے عظمی پیوند حاصل کر نیکیے لئے
 مناسب مقام کا کام دیتی ہے۔

بتر - شکل ۱۴۷ ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو ٹانگ کے وسطی ثلث کے
 بالائی حصہ میں سے بتر کرتے وقت کاٹی جائیگی۔

شکل ۱۴۸ میں ٹانگ کی مستعرض تراش اس کے زیرین ایک تہائی حصہ
 میں سے دکھائی گئی ہے جس سے ان حصوں کی تعداد اور ان کے محل کا کچھ پتہ چل سکتا ہو
 جو اس حصہ میں سے بتور کی انجام دہی کے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

باب ہشتم

ٹخنہ اور پاؤں

(THE ANKLE AND THE FOOT)

سطحی تشریح - عظمی نقاط - دونوں کعبیوں کے خاکے بہت واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں۔ داخلی زائیدہ کی نسبت خارجی کعبہ کم نمایاں ہوتا ہے اور زیادہ نیچے تک جاتا ہے، اور اس سے زیادہ پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی کعبہ کی نوک متناظر عظمی ارتفاع کی نسبت $\frac{1}{2}$ انچ پیچھے اور نیچے ہوتی ہے۔ گرد داخلی کعبہ کا مقدم موخر قطر اتنا ہوتا ہے کہ اس کا موخر کنارہ پیچھے کی طرف بیرونی زائیدہ کے موخر کنارہ کے لیول پر ہوتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر حرارتی ہڈیاں فرداً فرداً شناخت نہیں کی جاسکتیں، گویا پاؤں کی دروں گردانی کی حالت میں اس پر عرقوب (astragalus) سے ایک نمایاں مرئیہ بنتا ہے۔

پاؤں کی اندرونی جانب عظم العقب (os calcis) (عقبیہ calcaneus) کا حدیب سب سے پیچھے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے سامنے اور اندرونی کعبہ سے عموداً

ایک انچ نیچے دعام عرقوب (sustentaculum tali) کا مرئیہ ہوتا ہے۔ اس کعبیہ سے ۱/۲ انچ سامنے سفینیہ (scaphoid) (زورقی: navicular) کا حدیبہ واضح طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۵ صفحہ ۶۵۲)۔ اس کے اور موخر الذکر زائدہ کے درمیانی وقفہ میں تحتانی عقبیتی سفینیہ رباط (inferior calcaneo-scaphoid ligament) اور عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) کا وتر ہوتا ہے۔ آگے چل کر پاؤں کے اگلے حصہ کے قریب ایک جید محسوس کیا جاسکتا ہے جو پہلی بعد حمارتی ہڈی کے قاعدہ سے بنتا ہے، اور اس کے اور سفینیہ (scaphoid) کے درنہ (زائدہ: process) کے درمیان اندرونی فائیکل (cuneiform) ہڈی واقع ہوتی ہے۔ اخیر میں پہلی بعد حمارتی ہڈی کی پوری اور اس کا پھیلا ہوا سبر اور وہ سمسمانی ہڈیاں جو بعد حمارتی سلاجی جوڑ (metatarsal phalangeal joint) کی انحصی جانب پر واقع ہوتی ہیں کم و بیش واضح طور پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ پاؤں کی بیرونی جانب پر عظم العقب (os calcis) کی تقریباً تمام خارجی سطح زیر جلدی ہوتی ہے۔ ٹخنے سے نیچے ایک انچ سے کم فاصلہ شطی در (peroneal tubercle) ہوتا ہے جس سے اوپر قصبیہ شطی وتر اور نیچے طویل شطی وتر ہوتا ہے۔ بیرونی ٹخنے سے تقریباً ۲ ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر پانچویں بعد حمارتی ہڈی کا حدیبہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس سے تقریباً ایک انچ پیچھے تک نردی (cuboid) ہڈی پھیلی ہوتی ہے۔

جوڑوں کے خطوط۔ ٹخنے کا جوڑ اندرونی کعبیہ کی نوک سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر کے ایک نقطہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ سفینیہ (scaphoid) کے درنہ کے عین پیچھے عرقوبی سفینیہ مفصل (astragalo-scaphoid articulation) ہوتا ہے۔ اور اگر ایک خط پاؤں کی پشت پر اس زائدہ کے عین پیچھے سے عرضاً کھینچا جائے تو وہ بہت اچھی طرح سے وسطی حمارتی جوڑ (mid-tarsal joint) کا تناظر ہوگا یہ جوڑ عرقوبی سفینیہ (astragalo-scaphoid) اور عقبیتی نردی (calcaneo-cuboid) جوڑوں سے مرکب ہوتا ہے۔

اگر موخر الذکر مفصل تک باہر کی طرف سے رسائی کی جائے تو یہ اس نقطہ کے بالمقابل پایا جائے گا جو بیرونی ٹخنے اور پانچویں بعد حمارتی ہڈی کے حدیبہ کے درمیان

وسط پر واقع ہو۔

پہلی اور پانچویں بعد حمارتی ہڈیوں کے اور اندرونی فائدہ نما (cuneiform) اور نردی (cuboid) ہڈیوں کے درمیان کے مفصل کے خطوط فرداً فرداً آسانی ظاہر کئے جاسکتے ہیں کیونکہ قبل الذکر ہڈیوں کے قاعدوں کے عین پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعد حمارتی سلامی (metatarso-phalangeal) مفصل متناظر انگلیوں کی درمیانی جلد سے تقریباً اچانچ پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ قرنی سلامیہ اور وسطی سلامیہ کا کچھ حصہ انگلیوں کی درمیانی جلد میں مدفون ہوتا ہے۔

اوتار۔ اخیلی وتر (tendo Achillis) (عقبیتی وتر: tendo calcaneus) ٹخنے کی پشت پر بہت نمایاں طور پر ابھرا ہوتا ہے۔ اور اس کے اور کعبیوں کے درمیان دو گڑھے ہوتے ہیں جو فرہ اشخاص میں بھی نمایاں ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب پر خاص کر جبکہ یہ جوڑخم کردگی کی حالت میں ہو باسط عضلات کے اوتار آسانی تیز کئے جاسکتے ہیں۔ اور یہ اندر سے باہر کی طرف کو یوں واقع ہوتے ہیں: عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کا وتر، عضلہ باسطہ طویل ابہامیہ قدیمیہ (extensor longus hallucis) کا وتر، عضلہ باسطہ طویل اصبعیہ (extensor longus digitorum) کا وتر، اور شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) کا وتر۔ انگلیوں کے عضلات باسطہ کے اوتار کے نیچے اور پاؤں کی پشت کے بیرونی حصہ پر وہ لمبی تودے محسوس کئے جاسکتے ہیں جو عضلہ باسطہ قصیرہ اصبعیہ (extensor brevis digitorum) سے بنتے ہیں اور جب یہ عضلہ فعل کرتا ہے تو دکھائی بھی دیتے ہیں۔ اندرونی کعبیہ سے اور عضلہ قصبیہ موضح (tibialis posticus) اور عضلہ قابضہ طویل اصبعیہ (flexor longus digitorum) کے وتر شناخت کئے جاسکتے ہیں، قبل الذکر ہڈی سے زیادہ نزدیک ہوتا ہے۔ وسطی خط کے زیادہ قریب سے عضلہ قابضہ طویل ابہامیہ قدیمیہ (flexor longus hallucis) گذرتا ہے بیرونی کعبیہ کے پیچھے شظیہ (fibula) کی کور کے نزدیک طویل اور قصیر شظلی (peroneal) اوتار محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ قصیر عضلہ کا وتر اس سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔

تلوے کے وسط میں سخت اخصی ردا (صفاق: aponeurosis) محسوس کی جاتی ہے۔

اور جب عضلات باسطہ سے انگلیاں اوپر کی طرف کو کھینچ لی جاتی ہیں تو اس کے کچھ زائد شناخت کیے جاسکتے ہیں۔ پاؤں کے اندرونی حاشیہ پر کالھی تو وہ عضلہ مبعدہ ابہامیہ قصیرہ (abductor hallucis) اور عضلہ قابضہ قصیرہ ابہامیہ (flexor brevis hallucis) سے بنتا ہے اور جو تودہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے وہ عضلہ مبعدہ خنصریہ (abductor minimi digiti) اور عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ (flexor brevis minimi digiti) سے بنتا ہے۔

عروق۔ مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان اور عمیق شفی (deep peroneal) عصب ٹخنے کے جوڑ کے بالمقابل عضلہ باسطہ ابہامیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) اور عضلہ لمبہ اصبعیہ (longus digitorum) کے اوتار کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ظہری شریان ٹخنے کے وسط سے نیکر اُس وقفہ تک جاتی ہے جو پہلی اور دوسری بعد حماری ہڈیوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اس کا نبضان ہڈیوں پر عضلہ باسطہ ابہامیہ قدر حقیقی (extensor proprius hallucis) کے وتر کی بیرونی جانب پر جو اس کا بہترین رہنما مجھے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ حمی شریاں (plantar arteries) اندرونی کعبیہ کی نوک اور ایڑی کے انحداب کے مرکز کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے شروع ہوتی ہیں۔ داخلی عرق اس خط کی متابعت کرتا ہے جو اس نقطہ سے لے کر انگوٹھے کی زیرین سطح کے وسط تک کھینچا جائے۔ خارجی عرق تلوے کو ترچھے رخ میں عبور کرتا ہے اور پانچویں بعد حماری ہڈی کے قاعدہ کے اتنا قریب آ جاتا ہے کہ ان کے درمیان ایک انگوٹھے کی چوڑائی سے کم فاصلہ رہ جاتا ہے۔ یہاں سے یہ زیادہ مستعرض رخ میں مڑ کر بعد حماری ہڈیوں کے قاعدوں کے اوپر سے اندر کی طرف کو گزرتا ہوا پاؤں کو عبور کرتا ہے، اور ظہری قدمی (dorsalis pedis) شریان کے ساتھ پہلی بین العظامی فضا کی پشت پر تنعم ہو جاتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر وریدوں سے بنی ہوئی ایک محراب دکھائی دیتی ہے جو انگلیوں کی طرف محذب ہوتی ہے اس کے سرے داخلی اور خارجی صافنی وریدوں سے مل جاتے ہیں۔

ٹخنے کے اوپر کی اور پاؤں کی پشت پر کی جلد پتلی ہوتی ہے مگر ماتحت حصوں سے یہ ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی ہڈی کے قریب ہونے کی وجہ سے کعبیوں اور پشت پا پر کی جلد کو غیر مناسب طریقہ پر لگے ہوئے جہیروں اور پلاسٹروں کے دباؤ سے ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اتنے دباؤ سے جس سے دوسرے حصوں میں کوئی تکلیف پیدا نہیں ہوتی لنگرین واقع ہو سکتی ہے۔ تلوے پر کی پوشش ان تمام حصوں پر جو زمین سے چھوتے ہیں کشیف اور موٹی ہوتی ہے۔ طبعی پاؤں میں ایرٹی، پاؤں کا بیرونی حاشیہ اور بعد حارقی سلامی جوڑوں کا خط زمین سے چھوتے ہیں جب کہ پاؤں چپٹا رکھا جائے (شکل ۱۵۳ صفحہ ۶۶۵)۔

ٹخنے اور پاؤں پر کی زیر جلدی بافت کی مقدار اور اس کے خواص بہت اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب اور پشت پا پر یہ بہت ڈھیلی ڈھالی اور چربی سے مبرا ہوتی ہے۔ اور جسم کے عمومی استقامت میں یہ پہلا حصہ ہے جو در ریختہ ہوتا ہے۔ تلوے پر زیر جلدی بافت کشیف اور محکم ہوتی ہے اور چربی کے غولوں سے جڑی ہوتی ہے۔ ایرٹی کے اوپر یہ $\frac{3}{4}$ انچ موٹی ہوتی ہے۔

پاؤں کی پوششوں میں اعصاب کی رسد با فراط موجود ہوتی ہے۔ اور یہ چھ سے کم عصبی تنوں کی شاخوں سے نہیں آتی یعنی عضلی جلد (musculo-cutaneous) (سطحی شفی: superficial peroneal)، مقدم بیستی (anterior tibial)، دونوں صافنی، اور خارجی اور داخلی انخصی (plantar) سے آتی ہے۔ ان جلدی شاخوں پر پائینی اجسام (Pacinian bodies) پائے جاتے ہیں، اور نہائی بصلہ جات (end-bulbs) تلوے پر کی جلد میں ملتے ہیں۔ پاؤں کی پوششوں میں درد، دباؤ اور تپش کے احساس اور لمسی اثر کے بعض غیر معمولی اقسام مثلاً گدگی کے لئے تیز مجیدیت موجود ہوتی ہے۔

وضع معکوسات (postural reflexes) تلوے کی جلد پر سے اور پاؤں کے جوڑ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ماہر سریریات ان معکوسات سے جبل شوکی کے قلعنی حصہ کی حالت معلوم کرنے کے لئے استفادہ کرتا ہے۔ مگر جب لمسی عدم حسیت کی

حسیت پیم (æsthesiometer) سے پیمائش کی جاتی ہے تو یہ حادثات بت نہیں ہوتی۔ اور جہاں تک اس معاملہ کا تعلق ہے پشت پا سرین کی جلد سے زیادہ حساسیت ظاہر نہیں کرتی۔

”پانہاد“ (tread of the foot) پر اور خاص کر انگوٹھے کی گدی پر ہزال نہری (tabes dorsalis) اور دوسرے عصبی عوارض کی وہ عجیب و غریب پیچیدگی جو ”قرحہ ثاقب“ (perforating ulcer) کے نام سے موسوم ہے نہایت کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے۔

پاؤں کی روائیں اور ٹخنے پر کے اوتار۔ نہری روائیں دو تھوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ایک سطحی ہوتی ہے جو بالائی مقدم حلقہ نما رباط (ٹانگ کے مستعرض رباط) سے شروع ہوتی ہے، اور ایک عمیق جو عضلہ باسط قصیرہ (extensor brevis) اور بین العظامی عضلات (interossei) کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ یہ دونوں غشائیں باریک اور غیر اہم ہوتی ہیں اور جراحی نقطہ نگاہ سے یہ کوئی اثر پیدا نہیں کرتیں۔ اخصی ردا (plantar fascia) تین حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک مرکزی یا بڑا حصہ جو نہایت ہی کثیف اور مضبوط ہوتا ہے، اور ایک اندرونی اور ایک بیرونی پھیلاؤ جو باریک اور جراحی نقطہ نگاہ سے غیر اہم ہوتے ہیں۔ بائیں ہمہ دونوں جانبی حصوں میں سے بیرونی حصہ بے قدر وقعت رکھتا ہے، اور عظیم العقب (os calcis) اور پانچویں بوجھائی ہڈی کے حدیبہ کے درمیان ایک موٹے بند کی شکل اختیار کرتا ہے جو کج پائی (talipes) کی بعض قسموں میں استواری سے متقبض ہو جاتا ہے۔ مرکزی پھیلاؤ پاؤں کی غیر طبعی حالتوں سے مطابقت پیدا کر لیتا ہے۔ اگر پاؤں کی محراب گر جائے جیسا کہ جھپٹے پاؤں (flat foot) میں ہوتا ہے تو یہ تنیدہ اور متطول ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر یہ محراب خمیدہ ہو جائے جیسا کہ قدم کھف (pes cavus) میں ہوتا ہے تو یہ ردا متقبض ہو جاتی ہے اور کج جاتی ہے۔

اس غشا کو کاٹنے کا بہترین مقام اس کی پسیدگی سے جو ایڑی کی ہڈی کیسٹا ہوتی ہے تقریباً انچ آگے کا ہے۔ یہ اس کا تنگ ترین حصہ ہے۔ اور چاقو (جسے

اندر کی طرف سے داخل کرنا چاہئے) خارجی انحصاری نریا (external plantar artery) کے پیچھے رہیگا جو اس پھیلاؤ کے نیچے سے جاتی ہے۔

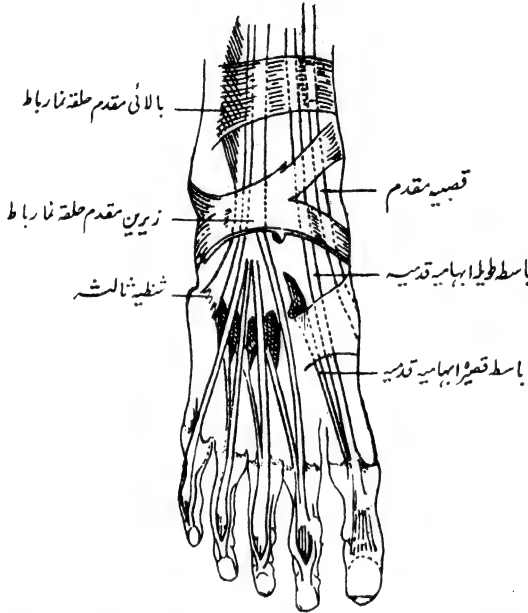
اس غشا کے نیچے جو پھوڑا ہوگا وہ اس سے ایک بہت بڑی حد تک مجبوس رہے گا، اور اس میں سے گزرنے کے علاوہ کسی ایک رخ میں بھی ترقی کرے گا۔ ایسے عمیق اجتماعات سے مواد نکلنے سے پیشتر شدید درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ بہت تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔ یہ بعض اوقات پشت پر بھی کھلتے ہیں۔ اور ٹخنے کے خطہ کے وتروں کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ اس تک جسم میں بعض سوراخ اور فضاں بھی موجود ہوتی ہیں جو عام طور پر چربی سے پُر ہوتی ہیں۔ استثنائی حالتوں میں خراج انہیں سے ایک یا زائد میں سے گزر کر پوششوں کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ لہذا ایسے خراج دو کھوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک چھوٹے سے سوراخ سے متحد ہوتے ہیں۔ اور ان سے فراسیسیوں کا خراج دو تاجی (abcès en bissae) یا قمیص کے بٹن کی طرح کا خراج (en bouton de chemise) نجاتا ہے۔

انحصاری ردا پاؤں کی انگلیوں کی جڑوں کے پاس دھبیوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اور محرابوں کا ایک سلسلہ طیار ہوتا ہے جن میں سے اصابع کو جانے والے اوٹار اور عرقی اور اعصاب گزرتے ہیں۔ دو بین عضلی فاصلے جو اس غشا سے تعلق رکھتے ہیں عضلہ قابضہ قصیرہ اصبعیہ (flexor brevis digitorum) کو عضلہ مبعثہ ابہامیہ قصیرہ (abductor hallucis) سے (جو اسکی ایک طرف ہوتا ہے) اور مبعثہ منصریہ (abductor minimi digiti) سے (جو اس کی دوسری طرف ہوتا ہے) علیحدہ کرتے ہیں۔ مگر یہ غشا میں اتنی کمزور ہوتی ہیں کہ عمیق انحصاری خراج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہو سکتیں۔

مقدم حلقہ نما رابطہ (anterior annular ligament) دو حصوں پر منقسم ہوتا ہے۔ بالائی بند (متعرض بند) جو قصبیہ (tibia) اور شطیبہ (fibula) کے سامنے ہوتا ہے، اور زیرین بند (تصالبی بند: cruciate ligament) جو حمارہ (tarsus) کے بالائی حدود کے سامنے ہوتا ہے (شکل ۱۴۹)۔ قبل ل ذکر کے نیچے

صرف ایک زلابی غلاف ہوتا ہے، اور وہ عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کے لئے ہوتا ہے۔ موخر الذکر کے نیچے تین غلاف ہوتے ہیں۔ ایک عضلہ شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) اور عضلہ باسط مشترکہ (extensor communis) کے لئے، ایک عضلہ

646



شکل ۱۴۹۔ پاؤں اور ٹخنے کی باسط سطح پر کے زلابی غلاف۔

(لوئل، Lovell اور ٹینر: Tanner)۔

باسط ابہامیہ قدیمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کے لئے، اور ایک عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کے لئے۔

عضلہ باسط اصبعیہ طویلہ (extensor longus digitorum) کے وتروں اور عرقوب (astragalus) کے ابھرے ہوئے مرکز درمیان اکثر ایک بڑی سی بقاعدہ جبکہ

ہوتی ہے۔ یہ درجک بعض اوقات عقوب (astragalus) کے سر پر کے جوڑ سے ربط و راہ رکھتی ہے۔

اندرونی حلقہ نما رباط (internal annular ligament) (رباط سبانی ligamentum laciniatum) کے نیچے عضلہ قصبیہ موخر، عضلہ قابضہ اصبعیہ طویلہ اور عضلہ قابضہ طویلہ باہمیہ قدیمہ کے اتار کے لئے تین زلابی غلاف ہوتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ موخر کے غلاف کا الہتاب ٹخنے کے جوڑ تک پھیل سکتا ہے جس کے ساتھ یہ وتر قریبی تعلق رکھتا ہے۔

بیرونی حلقہ نما رباط (outer annular ligament) (شظلی بسند peroneal retinaculum) کے نیچے طویل اور قصیر شظلی اتار کے لئے صرف ایک ہی زلابی غلاف ہوتا ہے۔

ٹخنے کی شدید موچوں میں نہ صرف اس جوڑ کے ارد گرد کے رباطات ہی کم و بیش مشق ہوتے ہیں بلکہ مذکورہ سابقہ مختلف زلابی غلافات کی دریدگی اور ان کے خون سے پر ہو جانے کا احتمال بھی ہوتا ہے۔ شدید موچوں کے بعد جو تکلیف مدت تک اکثر باقی رہتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر ان غلافات کو ضرر پہنچنے اور خون کی وجاہدوں اور بعد میں ان میں الہتابی مواد کے پیدا ہو جانے پر ہوتا ہے۔ انضامات کے بن جانے سے اتار اپنے اپنے غلافوں میں مثبت ہو جاتے ہیں اور اس طرح عضلات بستہ ہو جاتے ہیں اور جوڑ سخت ہو جاتا ہے۔ تا وقتیکہ ان انضامات میں فاعلی اور منفعلی حرکات سے تطول پیدا نہیں ہو جاتا یا یہ شکستہ یا منجذب نہیں ہو جاتے فعل از سر نو قائم نہیں ہو سکتا۔

وتروں کے غلافات کی وسعت کے متعلق جو کچھ خیال کیا گیا ہے یہ اس سے زیادہ وسیع ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی اندرونی طرف کے غلاف کعبیہ سے ۲۱ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ اور پاؤں کے تلوے میں سفینیہ (scaphoid) کے حدیبہ کے مقابل تک چلے جاتے ہیں۔ ٹخنے کی باہر کی جانب کے ان سے بھی زیادہ وسیع ہوتے ہیں۔ اور جو غلاف عضلہ شظلیہ طویلہ (peroneus longus) کے گرد ہوتا ہے وہ پہلی بعد مارتی ہڈی کے قاعدہ تک چلا جاتا ہے اگرچہ اس کے انجمی اور کعبیتی حصے گلے کا ہے

نردی (cuboid) ہڈی کے بیرونی کنارہ پر ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ پائے جاتے ہیں۔ غلافات کے طول سے یہ بہ آسانی معلوم ہو سکتا ہے کہ جو انضمامات ٹخنے کی موچوں اور اس کے کسور کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں وہ بہت وسیع ہوتے ہیں اور استقلال سے ان کا مسلسل علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

پاؤں پر سوائے ان درجکوں کے جن میں سے ایک تریخیلی (tendo Achillis) اور عظم العقب (os calcis) کے درمیان ہوتی ہے اور دوسری انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ کے اوپر ہوتی ہے معتدبہ جسامت کی دوسری درجیں نہیں ہوتیں۔ اول الذکر درجک عظم العقب سے نصف انچ اوپر شروع ہوتی ہے اور وتر کی ہر ایک جانب پر ابھری ہوتی ہے۔ ملہتب ہونے کی حالت میں یہ ٹخنے کے جوڑ کے مرض کی طرح کے علامات پیدا کر سکتی ہے، اور قیچ کی حالت میں یہ عظم العقب کی بوسیدگی پیدا کر سکتی ہے۔ انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ پر اس درجک کے کلانی یافتہ ہو جانے سے گٹا

(bunion) بن جاتا ہے۔ یہ اس زیر جلدی بافت میں واقع ہوتا ہے جو اندرونی سمانی ہڈی اور جلد کے درمیان ہوتی ہے۔ اور یہ اس حالت کے ساتھ معرض وجود میں آتا ہے جو فذع الابہام (hallux valgus) کے نام سے موسوم ہے۔ انگوٹھا پاؤں کے خط وسطی یعنی دوسری انگلی کے خط وسطی کی طرف مقرب ہو جاتا ہے۔ یہ حالت ان عضلات کے ایک فتور یافتہ فعل کا نتیجہ ہوتی ہے جو انگوٹھے کے قریب سلامیہ کی وضع کو منظم رکھتے ہیں۔ جب قدم بھرنے کے بعد ایڑی اٹھائی جاتی ہے تو قریب سلامیہ اور اس کی سمانی ہڈی دونوں ایک وقت بنا دیتے ہیں جس میں انگوٹھے کی بعد حمارتی ہڈی گردش کرتی ہے (شکل ۱۵ ص ۶۵۲)۔ اس فعل کے دوران میں قریب سلامیہ کا توازن دو عضلات سے قائم رہتا ہے۔ عضلہ مقربہ اس کو باہر کی طرف کو گردش کرنے سے روکتا ہے اور مبعده اندر کی طرف کو گھومنے سے۔ زیادہ بار مبعده پر پڑتا ہے جو ایسے جوتوں کے استعمال سے جو ٹیک نہ آتے ہوں یا حد سے زیادہ تنگ ہوں اکثر خسارہ میں رہتا ہے، اور مقید ہو جاتا ہے۔ اس طرح عضلہ مقربہ (adductor) بلا توازن رہ جاتا ہے اور انگوٹھے کو بتدریج کھینچ کر تقریب کی حالت میں لے آتا ہے۔ بعد حمارتی ہڈی کے سر کی اندر کی طرف

اوپر کی غضروف غائب ہو جاتی ہے۔ اور درجک اور چوڑکے درمیان بعض اوقات ربط پیدا ہو جاتا ہے۔ اس بدشکلی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انگوٹھا اور پاؤں کا ہم پہلو حصہ بہت کمزور ہو جاتا ہے۔ اس جوڑکے داخلی جانبی ربط زیادہ لمبا ہو جاتا ہے، اور عضلہ باسط ابہامیہ قد حقیقی (extensor proprius hallucis) کا وتر باہر کی طرف کوئل جاتا ہے عظمی مفصلی التہابی تغیرات جو خاصکر بعد سمارتی ہڈی کے سر میں واقع ہوتے ہیں اکثر اس حالت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اور فرعی بدشکلی (valgus deformity) کے ساتھ عام طور پر انگوٹھے کی محوری گردش اور دوسری اصبع کی مطرئی انگشت پا (hammer toe) کی حالت پائی جاتی ہے۔

درزیوں میں کعبیوں پر اور خاصکر خارجی زائندہ پر درجکیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور یہ وہ حصہ ہے جس پر لٹی پالٹی مار کر بیٹھنے میں سب سے زیادہ دباؤ پڑتا ہے۔ گز پ (club-foot) میں درجکیں ہر اس مقام پر پائی جاتی ہیں جس پر غیر مناسب باؤ پڑتا ہے۔ ٹخنے کے ارد گرد کے اوتار اور خاصکر وتر آخیل (tendo Achillis) اور قصبیہ موخر اور طویل اور قصبیہ شظی عضلات کے اوتار چوٹ سے اکثر دریدہ ہو جاتے ہیں۔ وتر آخیل (tendo Achillis) عام طور پر منتہی سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر ٹوٹتا ہے جہاں یہ پتلا ہو جاتا ہے اور اس کے ریشے ایک بہت معین بندل میں مجتمع ہو جاتے ہیں۔

643

چوٹ کی بعض قسموں میں وہ زلابی اور لیفی غلاف جو وتر کو بستہ رکھتے ہیں شق ہو سکتے ہیں اور اس طرح اوتار مخلوع ہو سکتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ مقدم اور شظی عضلات کو یہ واقعہ پیش آچکا ہے۔ مخلوع ساخت ہر ایک مثال میں آگے کی طرف کو کعبیہ کے اوپر یا اس کے سامنے آ جاتی ہے۔ جسم کا کوئی وتر اتنی کثرت سے اپنی جگہ سے نہیں ٹٹا جتنی کثرت سے کہ عضلہ شظیہ طویل (peroneus longus) کا وتر۔

ٹخنے کے ارد گرد کے عضلات اکثر عملیہ میں کاٹے جاتے ہیں۔ کھلے عملیہ کو تقریباً تمام حالتوں میں زیر جلدی وترنگافی (tenotomy) پر ترجیح دی جاتی ہے۔ آخیل وتر (tendo Achillis) بالعموم منتہی سے ۱/۲ انچ اوپر کاٹا جاتا ہے۔ چاقو اندر کی طرف سے موخر قصبیہ عروق کو بچا کر داخل کیا جاتا ہے۔ عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus)

کا وتر قاعدۂ اندرونی کعبیہ کے قاعدہ کے عین اوپر سے کاٹا جاتا ہے۔ مگر حلقہ نما رباط اور سفینیہ (scaphoid) کے درمیان بھی اتنی گنجائش ہوتی ہے کہ اسے پاؤں کی جانب سے کاٹا جاسکتا ہے (شکل ۲۵ صفحہ 658)۔ مقدم قصبیتی وتر ٹخنے کی سامنے کی جانب پر سے یا اس کے منتهی پر سے (جو اندرونی فائدہ نما ہڈی پر ہوتا ہے) باسانی کاٹا جاسکتا ہے۔ ایک یا دونوں شطی اوتار خارجی کعبیہ کے عین اوپر سے کاٹے جاسکتے ہیں۔ کسی وتر کو کاٹنے کے بعد عضلہ کی بازکشی کی وجہ سے ایک وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مگر کچھ سو سرے اس حالت میں بھی اُس لینی بافت سے ملے ہوتے ہیں جس میں یہ واقع ہوتے ہیں، اور جس سے یہ اپنی خونی رسد وصول کرتے ہیں۔ اگر وتر غلاف کے اندر کاٹ دیا جائے تو زلانی غشا کٹے ہوئے سروں کے درمیان ایک ڈھیلے ڈھالے اتحادی بند کا کام دیتی ہے۔ کٹے ہوئے سروں کے درمیان اُس انصباب سے جو وقفہ کو پُر کر دیتا ہے انجام کار ایک لینی بند بن جاتا ہے۔ نیا بند اپنے غلاف سے جس کے اندر یہ واقع ہوتا ہے محکم طور پر منضم ہو جاتا ہے۔ اور ابتدا میں یہ وتر کی حرکتوں کو محدود کر دیتا ہے۔

کسی صبیح و سالم عضلہ کے وتر کا کچھ حصہ ایسے عضلہ کے وتر سے پیوست کیا جاسکتا ہے جو مشکول ہو چکا ہے، اور اس طرح پاؤں کی بعض حرکتیں از سر نو قائم ہو جاتی ہیں۔

عروق خون - مختلف شریانوں کے خطوط پہلے ظاہر کئے جا چکے ہیں (صفحہ 636)۔ انجمی محراب (plantar arch) کے زخم خطرناک ہوتے ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ خارجی انجمی شریان گہری واقع ہوتی ہے، اور تلوے میں بڑا سا زخم بنانے کے بغیر جو انجمی بافت کے اہم خط جات کو کھول دیگا اور اوتار اور اعصاب کو ضرر پہنچا دیگا اس تک پہنچنا ناممکن ہوتا ہے۔

یہ محراب خارجی انجمی شریان اور ظہری شریان کے (جو مقدم قصبیتی عرق کا تسلسل ہی ہوتی ہے) متحد ہونے سے بنتی ہے۔ مگر اس محراب سے خون جاری ہونے کی حالت میں ٹخنے پر یا اس کے عین اوپر موزر اور مقدم شریانوں کے باندھنے سے زف لازمی طور پر بند نہیں ہوگا۔ ان عروق کی بندش کے بعد بھی خون شطی شریان کے ذریعہ سے محراب تک بالواسطہ پہنچتا رہے گا۔ یہ عرق اپنی مقدم شطی شاخ کے ذریعہ سے مقدم قصبیتی شریان کی

خارجی کعبیتی شاخ سے اور نلہری قدمی (dorsalis pedis) کی حارقی شاخ سے ربط و راہ رکھتا ہے۔ اپنی انتہائی شاخ سے یہ دونوں موخر الذکر عروق سے اور خارجی انحصی شریان کی داخلی کعبیتی (internal calcaneal) شاخوں سے مربوط ہوتا ہے۔

بہر حال جہاننگ مزاولت فن کا تعلق ہے جارحہ کو اونچا کر دینا اور ساتھ ہی زخمی مقام پر دباؤ ڈالنا اور بڑی شریان کو مضبوط کر دینا انحصی محراب کے بہت سے نزفات کو بند کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

نلہری قدمی (dorsalis pedis) شریان اپنے محل کے سطحی ہونے اور ہڈیوں سے قریبی طور پر ملے ہونے کی وجہ سے اکثر زخموں میں کٹ جاتی ہے اور شدید خونگیوں میں ریدہ ہو جاتی ہے۔ موخر کعبیتی شریان ٹخنے پر ابھرے ہوئے کعبیہ اور کثیف حلقہ نارباط اور ان اقمار سے جو اس کے ساتھ سے گزرتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔

پاؤں کی سطحی وریدیں ہاتھوں کی سطحی وریدوں کی طرح زیادہ تر اس عضو کی پشت پر ہی واقع ہوتی ہیں۔ چونکہ توا ایسا حصہ ہے جس پر دباؤ پڑتا ہے اس لئے ان سے قطعاً مبرا ہوتا ہے۔ کعبیوں پر اور خاص کر اندرونی زائیدہ پر ان وریدوں سے معتد بہ جسامت کا ضغیرہ بنتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسی چیزوں سے جو ٹخنے پر زور سے کسی ہوئی ہوں ٹخنے سے آگے کے حصوں میں تہج اور درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

645

عروق لمف سے تلوے کی پوششوں میں بہت باریک اور مکمل ضغیرہ بنتا ہے جس سے عروق پیدا ہو کر پاؤں کے کناروں اور اس کی پشت اور خاص کر اندر کے کنارہ تک جاتے ہیں۔ اس حصہ کے بڑے بڑے لمفی عروق پشت پا پر دونوں صافنی وریدوں کے اصول العروق (radicles) کے آس پاس پائے جاتے ہیں۔ پاؤں کی اندر کی جانب کے عروق لمف زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ عام طور پر کم و بیش داخلی صافنی ورید کے مرکی متابعت کرتے ہیں، اور اربی غد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ خارجی عروق باہر کے ٹخنے اور ٹانگ کی بیرونی جانب کے ساتھ ساتھ اوپر کیلیف کو چلے جاتے ہیں۔ ان میں سے اکثر ربلہ (ham) کو ترچھے رخ میں عبور کر کے اندرونی گروہ سے مل جاتے ہیں جو گھٹنے سے اوپر واقع ہوتا ہے دوسرے عروق قصبیہ (tibia)

کی سامنے کی طرف کہ عبور کر کے اندرونی گروہ تک پہنچتے ہیں، اور چند قصیر صافنی ورید کی متابعت کرتے ہیں اور بائیں غدد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 606)۔
ٹخنے کا جوڑ بہت مضبوط مفصل ہے اور اس کی قوت نہ صرف ترکیبی ہڈیوں کی شکل ہی سے حاصل ہوتی ہے بلکہ یہ ان مضبوط رابطات اور کئی ایک اوتار سے بھی حاصل ہوتی ہے جو اس کے ارد گرد بندوں کی طرح بندھے ہوئے ہیں۔ رابطات میں سے دونوں جانبی بہت مضبوط ہوتے ہیں اور پاؤں پر ان کی بہت وسیع گرفت ہوتی ہے۔ مقدم اور موخر نہایت پتلے اور قلیل الاءہیت ہوتے ہیں، مگو موخر الاء کو عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدیمیہ (flexor longus hallucis) کے وتر سے سہارا ملتا ہے جو اس کو عبور کرتا ہے۔

جب انصباب پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہل سامنے کی طرف پر باسط اوتار کے نیچے اور جانبی رابطات کے عین سامنے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کا انحصار مقدم رابط کی کمزوری اور زلابی تاجہ کی جو اس ساخت سے تعلق رکھتا ہے، وسعت اور اس کے ڈھیلے پن پر ہوتا ہے۔ زیادہ وسیع انصبابات سے کیسہ کے باریک موخر حصہ کے ابھرنے کی وجہ سے ابھار پیچھے کی طرف پیدا ہوتا ہے۔ اس حالت میں توج وتر خلی (tendo Archillis) کی ہر ایک جانب پر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ معمولی حالت میں سخت جانبی باٹا کے نیچے توج واضح طور پر شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ مزید برآں ٹخنے کے جوڑ کا ڈھیلہ ڈھالا زلابی تاجہ آگے اور پیچھے کی طرف مفصل کے حدود سے آگے تک پھیلا ہوتا ہے اور جانبین یہ ٹھیک ٹھیک مفصلی سطوح تک ہی محدود ہوتا ہے۔

646

ٹخنے کا جوڑ ایک مکمل قبضہ دار جوڑ (hinge-joint) ہے۔ اور اس میں صرف خم کردگی (انحصی خم کردگی: plantar-flexion) اور بسط کردگی (ظہری خم کردگی: dorsiflexion) ہی واقع ہو سکتی ہے۔ خفیف ترین جانبی حرکت انتہائی بسط کردگی میں واقع ہوتی ہے، جبکہ عقوب (astragalus) کا زیادہ تنگ یا پچھلا حصہ قصبہ شطوی محراب (tibio-fibular arch) کے عریض ترین یا مقدم حصہ سے مل جاتا ہے۔ جب ٹخنے میں کوئی واضح جانبی حرکت موجود ہو تو جوڑ میں ضرور یا تو چوٹ پائی جاتی ہے

اور یا مرض موجود ہوتا ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کہ بعض حارقی ہڈیوں کے درمیان جو جانبی حرکتیں واقع ہوتی ہیں ان کو غلطی سے ٹخنے کے جوڑ کی حرکتیں نہ تصور کر لیا جائے۔ جوڑ کی حرکتیں زیادہ تر ان عضلات سے محدود رہتی ہیں جو اس کو عبور کرتے ہیں۔ رابطات صرف انتہائی وضعوں ہی میں متبیدہ ہوتے ہیں جبکہ عضلات کی قدرتی مزاحمت مغلوب ہو جاتی ہے۔ عضلات مفاصل کے پاسبان ہیں (کولن میکنزی: Colin Mackenzie)۔

معراصل کی وجہ سے اس جوڑ کے چوٹ یا دوسرے خارجی اسباب سے ملنہب ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ الٹناب کی حالت میں قاعدۃ کوئی بدشکلی پیدا نہیں ہوتی۔ پاؤں ٹانگ سے زاویہ قائمہ پر رہتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وضع اس لئے قائم رہتی ہے کہ قابض اور باسط عضلات تقریباً ایک دوسرے کا موازنہ کر دیتے ہیں۔ اور یہ بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ اس جوڑ کی گنجائش پاؤں کی وضع سے متاثر ہوتی ہے۔ ٹخنے کا زلابی کہف تحتانی قصبیتی شتطوی (inferior tibio-fibular) مفصل سے ربط رکھتا ہے۔

درد بعید (referred pains) کے موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب ٹخنے کے جوڑ کو رسد پہنچاتے ہیں وہ اس جوڑ کا تعلق داخلی صافنی عصب کے ذریعہ سے جبل شوکی کے فطنی قطعات سے اور مقدم قصبیتی (عمیق شتطی) عصب کے ذریعہ سے عجری قطعات سے پیدا کر دیتے ہیں۔

ٹخنے کے جوڑ کے خلوع۔ پاؤں ٹخنے پر پانچ سمتوں میں مغلوع ہو سکتا ہے، اور یہ کثرت وقوع کی ترتیب کے لحاظ سے مندرجہ ذیل ہیں:۔ باہر کی طرف، اندر کی طرف، پیچھے کی طرف، آگے کی طرف، اور اوپر کی طرف قصبیہ اور شتطیہ کے درمیان ان خلوع کے ساتھ جو خالصتہً کبھی ایک رخ میں واقع نہیں ہوتے قصبیہ کا، یا شتطیہ کا یا دونوں کا کسر تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

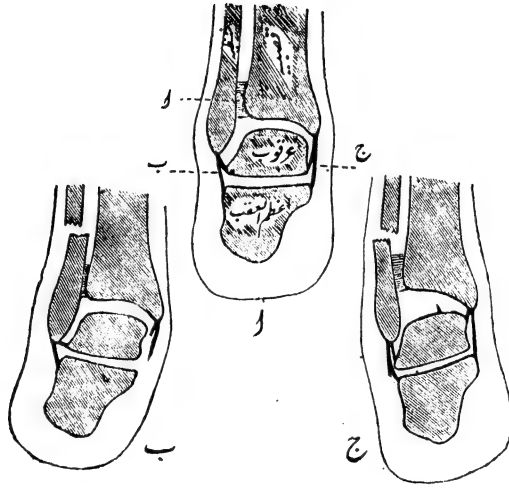
جانبی خلوع۔ باہر کی طرف اور اندر کی طرف:۔ یہ خلوع ان خلوع سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں جو دوسرے جوڑوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ پاؤں کے اسطرح مروڑے جانے پر مشتمل ہوتے ہیں کہ

عقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے گھوم جاتی ہے۔ عقوب کی بالائی سطح قصبہ کی سطح سے زیادہ علیحدہ نہیں ہوتی۔ قبل الذکر ہڈی کی کوئی ایک کور موخر الذکر کی افقی متضامی سطح سے مل جاتی ہے۔ اگرچہ بہت سی بدشکل پیدا ہو جاتی ہے لیکن ٹانگ سے پاؤں کی حقیقی علیحدگی معتد بہ نہیں ہوتی۔ بعض نادر الوقوع حالتوں میں افقی رخ میں صادق جابی خلع بھی پایا گیا ہے۔

یہ ضربات پاؤں کے دفعۃً اور زور سے مروڑے جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ باہر کی طرف کا خلع پاؤں کی جبری بروں گردانی سے پیدا ہوتا ہے اور اندر کی طرف کا شدید دروں گردانی سے۔

شظیہ (fibula) کا جو تعلق ٹخنے کی چوٹوں سے ہوتا ہے پہلے اس کا معلوم کر لینا دلچسپ ثابت ہوگا جس کی خاص وجہ یہ ہے کہ اس ہڈی کی پوری کے نیچے کے سرے کا کسر دروں گردانی اور بروں گردانی دونوں میں یکساں طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ شظیہ (fibula) کے زیرین ۳ یا ۴ انچ پہلی قسم کا بیرم تصور کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۵۰-ا)۔ اس کا نصاب (fulcrum) تحتانی قصبیتی شظوی مفصل پر ہوتا ہے، اور اس کا ایک بازو کعبیہ ہوتا ہے جو اس جوڑ کے نیچے ہوتا ہے، اور دوسرا بازو اس ہڈی کی پوری کا ۲ یا ۳ انچ زیرین حصہ۔ اب یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قصبیہ اور شظیہ کے نیچے کے سرے بہت مضبوط رباطات یعنی مقدم اور موخر قصبیتی شظوی، اور مستعرض، اور تحتانی بین العظامی سے بستہ ہوتے ہیں۔ ٹخنے کے کسی معمولی ضرر میں خواہ وہ کسر ہو یا خلع یہ رباطات نہیں ٹوٹتے۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسریا خلع کی ایک خلاف قاعدہ قسم پیدا ہو جائے گی۔ پاؤں کی جبری بروں گردانی میں اندرونی جانبی رباط کچھ کرپٹ جاتا ہے۔ عقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے اور بیرونی کعبیہ کے سرے سے زور سے جا ملتی ہے۔ اور یہ زائدہ باہر کی طرف کو دھکیلا جاتا ہے اور بیرم کے ایک سرے کی طرح کام کرتا ہے نصاب (fulcrum) مضبوط قصبیتی شظوی رباطات سے محفوظ رہتا ہے، اور شظیہ (fibula) بیرم کے بیرونی سرے پر اپنے سرے سے ۲ یا ۳ انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰-ب)۔ پاؤں کی

جبری دروں گردانی میں عروقب (astragalus) میں تھوڑی سی جانبی گردش مذکورہ سمت سے مخالف سمت میں واقع ہو جاتی ہے۔ خارجی جانبی رباط بہت تنیدہ ہو جاتا ہے۔



شکل ۱۵۰۔ شکل شیطیہ کے زیرین سرے کے کسور کے میکانیہ کو ظاہر کرتی ہے۔

۱۔ حصے طبعی وضع میں۔ (ا)۔ قصبی شیطی رباطات۔ (ب)۔ خارجی جانبی رباطات۔ (ج)۔ داخلی جانبی رباط۔ ب۔ پاؤں کی بروں گردانی سے پیدا شدہ کسر شیطیہ۔ ج۔ پاؤں کی دروں گردانی سے پیدا شدہ کسر شیطیہ۔

649 اور اس کا رجحان بیرونی کعبیہ کو اندر کی جانب کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر رباط ٹوٹ جائے تو اس حالت کا خاتمہ غالباً ٹخنے کی موج پر ہو جائے گا یا پٹائیوں کا خلع

اندر کی طرف پیدا ہو جائے گا۔ لیکن اگر یہ محکم رہے تو شظوی بیرم کا سر ایضاً کعبیہ کی نوک خطا کی طرف کوچ کرتی ہے۔ قصبیتی شظوی رابطات نصاب کا کام دیتے ہیں، اور پوری بیرم کے دوسرے سرے پر ہڈی کے سرے سے چند انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰ ج ۱)۔ معلوم ہو جانا چاہئے کہ بروں گردانی سے پیدا شدہ کسریں زیرین قطعہ کا بالائی سر قصبہ کی طرف کوٹل جاتا ہے۔ گردوں گردانی سے پیدا شدہ ضرر میں یہ اس ہڈی سے دور ہٹ جاتا ہے۔ شظیہ کے زیرین حصہ کے کسور کے ان تمام واقعات کا احتیاط سے امتحان کرنے سے جو اس زمانہ میں لندن ہسپتال (London Hospital) میں داخل ہوئے جب کہ میں (ایف۔ ٹی۔ F.T.) وہاں مسجل جراح (surgical registrar) کے عہدہ پر متعین تھا مجھے اس امر کا یقین آ گیا کہ یہ ضرر پاؤں کی دروں گردانی کی نسبت بروں گردانی سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ پاؤں کی سادہ دروں گردانی سے شظیہ (fibula) کے نیچے کے سرے کا کسمرن نہیں ہوتا جب تک کہ خارجی جانبی رابطہ سالم رہے۔

باہر کی طرف کے خلع (outward luxation) میں جسے پائٹ کے کسر (Pott's fracture) کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے یہی صورت حالات پائی جاتی ہے جو پاؤں کی شظیہ پر بروں گردانی واقع ہونے کے اثرات کے سلسلہ میں ابھی بیان کیا چکی ہے۔ اس کسر میں یہ ہڈی ہمیشہ کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹی ہے۔ رابطہ دلیہ (deltoid ligament) پھٹ جاتا ہے یا اندرونی کعبیہ کی نوک علحدہ ہو جاتی ہے۔ سب سے پہلے وتروں کے خلافات کو ضرر پہنچتا ہے اور وہ دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عرقوب (astragalus) باہر کی طرف کو اس طرح کسوم جاتی ہے کہ پاؤں بہت بروں گردانیدہ ہو جاتا ہے، اور اس کا بیرونی کنارہ مرتفع ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ زمین سے چھونے لگتا ہے۔ تحتانی قصبیتی شظوی رابطات (inferior tibio-fibular ligaments) علیٰ حالہ زہیم ہیں۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسر یا خلع کی ایک غیر معمولی قسم پیدا ہو جاتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ بائیر (Boyer) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جو مدیم النظر تصور کیا جاتا ہے۔ اس میں پاؤں باہر کی طرف کو مفلوج ہو گیا تھا لیکن شظیہ میں کوئی کسر واقع نہیں ہوا تھا۔ مگر یہ ہڈی تمام کی تمام اوپر کی طرف کو اٹھ گئی تھی اور اس کا سر قصبہ کے مفصلی رنجہ سے

مخلوع ہو گیا تھا۔ اگر تحتانی قصبیتی شظوی رباطات بالکل پھٹ جائیں تو پاؤں کی گردش اور شظیہ (fibula) کے کسر کے بغیر ایک افقی خلع ممکن ہوتا ہے۔

ڈوپٹرن کے کسر (Dupuytren's fracture) میں (جو ایک نادر الوقوع ضرر ہے) شظیہ (fibula) کعبیہ سے اتنا ۳ انچ اوپر کسور ہوتی ہے۔ مقدم قصبیتی شظوی رباطات تمامہ دریدہ ہو جاتے ہیں، یا قصبہ کا وہ حصہ جس سے یہ چسپیدہ ہوتے ہیں علیحدہ ہو جاتا ہے اور شظیہ کے نیچے کے ٹکڑوں سے ملا رہتا ہے۔ پاؤں افقی رخ میں باہر کی طرف کو مخلوع ہو جاتا ہے، اور اوپر کی طرف کو کھچ جاتا ہے۔ اوپر کی طرف کو جو غیر وضعیت واقع ہوتی ہے اس کی مقدار کا انحصار اس بلندی پر ہوتا ہے جس پر شظیہ (fibula) ٹوٹتی ہے۔

اندر کی طرف کے خلع (inward luxation) میں خارجی جانبی رباط دریدہ ہو جاتا ہے، یا بیرونی کعبیہ کی نوک کھچ کر علیحدہ ہو جاتی ہے۔ رباط دالسیہ (deltoid ligament) علیٰ حالہ رہتا ہے، لیکن اندرونی کعبیہ بالعموم اس چوٹ سے شکستہ ہو جاتا ہے جس سے عرقوب (astragalus) اس سے مل جاتی ہے۔ یہ ہڈی بعض اوقات خود بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ہر حالت میں باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے، جس سے پاؤں دروں گردہ ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ بہت مرتفع ہو جاتا ہے۔ اس خلع کے تمام اقسام میں خواہ وہ سادہ ہوں یا پیچیدہ قصبیتی شظوی رباط علیٰ حالہ رہتا ہے۔

مقدم موخر خلوع۔ پیچھے کی طرف اور آگے کی طرف۔ یہ چوٹیں ٹانگ کے مثبت ہونے کی حالت میں پاؤں پر بہت سی قوت کے عمل کرنے سے یا زیادہ تر پاؤں کے دفعۃً ساکن ہو جانے سے جبکہ جسم کو بہت تیزی سے حرکت دی جائے جیسا کہ چلتی گاڑی سے چھلانگ مارنے کی حالت میں ہوتا ہے پیدا ہوتی ہیں پچھلی طرف کے خلع میں عرقوب (astragalus) قصبیہ کے پیچھے چلی جاتی ہے اور موخر الذکر ہڈی کی مفصلی سطح سفینیہ (scaphoid) اور فائہ شکل (cuneiform) ہڈیوں پر ٹکٹن ہو جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل پھٹ جاتے ہیں اور دونوں جانبی بندوں کا زیادہ تر حصہ بھی دریدہ ہو جاتا ہے۔ شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹ جاتی ہے

اور اندرونی کعبیہ میں بھی عام طور پر کس واقع ہو جاتا ہے۔
 اوپر کی طرف کا خلع۔ اس نادر الوقوع حادثہ میں تحتانی قصبیتی شظوی رباطات
 منقطع ہو جاتے ہیں اور دونوں ہڈیوں کے زیریں سرے دور تک علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور
 عقوب ان کے درمیان محسوس جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل بھٹ جاتے ہیں
 اور جانبی رباطات عام طور پر بچ جاتے ہیں مگر ان میں کسی قدر حقیقت سی دریدگی واقع ہو جاتی
 ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ حادثہ عام طور پر گرنے سے وقوع میں آتا ہے جبکہ مریض عین
 تلووں کے بل گرے۔

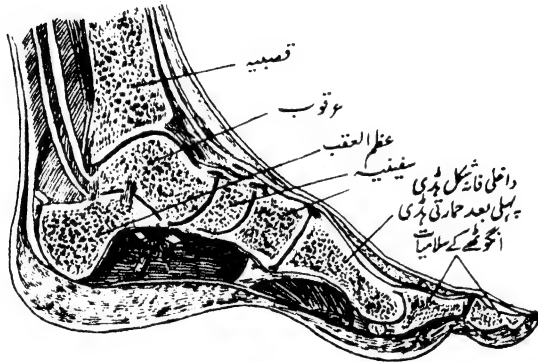
عقوب (astragalus) (تلیس: talus) کا خلع۔ یہ ہڈی بعض اوقات
 اکیلی منقطع ہو جاتی ہے۔ اور عظم العقب، قصبیہ، شظیہ، اور سفینیہ سے اس کے
 تعلقات منقطع ہو جاتے ہیں۔ غیر وضعیت مقدم موضع یا جانبی ہو سکتی ہے۔ مقدم خلع
 نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور کثرت وقوع کے لحاظ سے بیرونی اور آگے کا خلع اس کے بعد
 آتا ہے۔ ان چوٹوں میں عظم العقب (os calcis) اور عقوب (astragalus) کے
 درمیان کا بین العظامی رباط بالکل دریدہ ہو جاتا ہے۔ نیز ٹخنے کے جانبی رباطات کا
 بہت سا حصہ اور وہ مختلف بند بھی جو عقوب (astragalus) کو عظم العقب
 (os calcis) اور سفینیہ (scaphoid) سے ملاتے ہیں ٹوٹ جاتے ہیں۔ تمام شانوں
 میں کعبیہ تلوے کے زیادہ نزدیک آ جاتے ہیں۔ شعاع نگاری سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ
 عقوب (astragalus) کے خلع کے ساتھ کسر اکثر موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ امر ذہن نشین رکھا
 جائے کہ عقوب اجمعی محراب کی چابی ہے، اور ان تمام حوادث میں جو پاؤں پر بہت سا
 دباؤ پڑنے کا باعث ہوتے ہیں زیادہ تر صدمہ اسی کو پہنچنا ضروری ہے تو اس کی گردن یا
 اس کے جسم کے کسر کی وجہ سمجھ میں آ جائیگی۔ ایسی حالتوں میں عقوب کا استیصال کیا جا چکا
 ہے۔ اور ٹخنے کے جدید جوڑ میں بہت سی حرکت از سر نو قائم کی جا چکی ہے۔

پاؤں کے زیر عقوبی خلع (subastragaloid dislocations of the foot)۔ ان ضرات میں جو بہت قلیل الوقوع نہیں ہیں عقوب قصبیہ اور شظیہ کے
 درمیان اپنی وضع پر قائم رہتی ہے، اور باقی پاؤں اس ہڈی کے نیچے سے خلع ہو جاتا ہے۔

لہذا یہ خلع مقدم اور موخر زیر عوقبی جوڑوں سے تعلق رکھتا ہے۔ پاؤں یا تو آگے کی طرف کو یا پیچھے کی طرف کو یا ایک جانب کو سرک جاتا ہے۔ مقدم غیر وضعیت نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ اور جانبی خلوع تقریباً ہمیشہ ترچھے ہوتے ہیں۔ عام ترین غیر وضعیتوں میں پاؤں یا تو باہر کی طرف کو مخلوع ہو جاتا ہے، یا اندر کی طرف کو، اور ساتھ ہی پیچھے کی طرف کو بھی ہٹ جاتا ہے۔

وسطانی حمارتی جوڑ (mediotarsal joint) پاؤں کی اندرونی جانب

652



شکل ۱۵۱۔ پاؤں کی مقدم موخر تراش۔

(روڈنجر: Rüdingen کے مطابق)۔

عوقب کے سر اور سینئیه کے درمیان اور بیرونی جانب پر عظم العقب اور زردی ہڈی کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اندرونی جوڑ مقدم زیر عوقبی جوڑ (anterior subastragaloid joint) کا ایک حصہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 654) اور بیرونی کا زلابی کہفہ الگ ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ انگلیوں کو باہر کی یا اندر کی طرف پھیرنے کی حرکتیں زیادہ تر کوئلے کے جوڑ پر واقع ہوتی ہیں اور پاؤں کے کنارہ کو اوپر یا نیچے کرنے کی حرکتیں زیادہ تر

زیر عرقوبی جوڑوں سے تعلق رکھتی ہیں۔

پاؤں۔ پاؤں میں دو محرابیں ہیں ایک مقدم موخر اور ایک متعرض۔

۱۔ مقدم موخر محراب (antero-posterior arch) کی چوٹی عرقوب (astragalus) پر ہوتی ہے۔ اسے دو پایوں سے مرکب تصور کیا جاسکتا ہے۔ پچھلا پایہ عظم العرقوب پر مثل ہوتا ہے اور اگلا پایہ سفینیہ (scaphoid)، فاشکل (cuneiform) اور بعد حمارتی ہڈیوں پر۔ عرقوب سے محراب کی چابی بنتی ہے۔ اور اس کا سریہ فعل خاص طور پر سرانجام دیتا ہے (شکل ۱۵۱)۔

653

پاؤں ایڑی اور بعد حمارتی ہڈیوں کے سروں اور بیرونی حاشیہ کے بل زمین پر رکھا جاتا ہے (شکل ۱۵۳)۔ پچھلا پایہ ٹموس ہوتا ہے اور ایک مضبوط ہڈی سے بنا ہوتا ہے اور اس میں صرف ایک ہی جوڑ ہوتا ہے۔ یہ جسم کے وزن کا زیادہ تر حصہ برداشت کرتا ہے، اور پنڈلی کے عضلات کی چسپیدگی کے لئے ایک محکم اساس کا کام دیتا ہے۔ بخلاف اس کے محراب کا مقدم حصہ بہت سی چھوٹی چھوٹی ہڈیوں اور متعدد پیچیدہ جوڑوں سے بنا ہوتا ہے۔ یہ حصہ پاؤں کو لچک دیتا ہے۔ اور جو صدمے تلوے کو پہنچتے ہیں انکے اثر میں تخفیف کرتا ہے۔ جہاں تک موخر الذکر امر کا تعلق ہے محراب کے دونوں تنوں کی اضافی وقعت کا اندازہ بلندی پر سے پہلے ایڑی کے بل اور پھر انگلیوں کی گدیوں کے بل پھلانگ مارنے سے کیا جاسکتا ہے۔ محراب کا اندرونی حصہ بیرونی کی نسبت بہت زیادہ خمیدہ ہوتا ہے اور محراب قدم کی پشت اسی سے بنتی ہے۔

۲۔ متعرض محراب (transverse arch) فاشکل ہڈیوں پر نمایاں ترین ہوتی ہے۔ یہ پاؤں کو بہت سی لچک دیتی ہے اور تلوے کے عروق کی محافظت کرتی ہے۔ سر روبرٹ جونز (Sir Robert Jones) کے مطابق متعرض محراب پر بعض اوقات بار پڑ جاتا ہے یا یہ جیٹھ ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں جب مریض تلوے کی پس صبحی گدی کے بوجھ ڈالتا ہے تو بعد حمارتی سلامیاتی مفصل (metatarso-phalangeal joints) میں درد ہونے لگتا ہے (وجع الحمارہ : metatarsalgia)۔ جب مریض بعد حمارتی ہڈیوں کو اکٹھا کر کے مضبوط کرتا ہے تو درد دفع ہو جاتا ہے۔ اسی لئے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ

یہ نقص مستعرض محراب کے بیٹھ جانے ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر جوتے کے تلوے پر ایک بند مستعرض لگا دیا جائے تو جسم کا بوجھ زیادہ تر ایڑی پر پڑتا ہے اور مستعرض محراب پر جو بار پڑتا ہے وہ اس طرح رفع ہو جاتا ہے۔

انحصی محراب کا قیام۔ اگرچہ مختلف ہڈیوں کی شکل اس طرح کی ہوتی ہے کہ وہ اپنی اپنی جگہ پر محراب میں ٹھیک طرح سے بیٹھی ہوتی ہیں، اور رباطات سے بستہ ہوتی ہیں مگر اس کے قیام کا انحصار نہ تو ہڈیوں کی شکل پر ہوتا ہے اور نہ رباطانی چسپیدگی پر، بلکہ زندہ عضلات پر ہوتا ہے جو پاؤں پر جسم کا وزن پڑتے ہی اپنا فعل شروع کر دیتے ہیں۔ اس سے تعلق رکھنے والے عضلات کتے میں گروہ ہیں۔ (۱) قابض گروہ جو قصبیہ اور شظیہ اور بین العظامی غشا کی موخر جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۲) باسط گروہ جو ان ساختوں کی مقدم جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۳) انحصی گروہ جو تلوے میں واقع ہوتا ہے۔ رباطات پر بار صرف اس حالت میں ہی پڑتا ہے جبکہ ان عضلات کو ضرر پہنچ چکا ہو یا ان کی قوت تحلیل ہوگئی ہو۔ رباطات مسلسل بار پڑنے کا لازمی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان میں تپول نمودار ہو جاتا ہے اور جب یہ طویل ہوتے جاتے ہیں تو ہڈیاں جدید محراب کی شکل سے مطابقت پیدا کر لیتی ہیں جو اس طرح ایک مستقل شکل اختیار کر لیتی ہے۔

دروں گردانی (inversion) اور بروں گردانی (eversion) کی حرکتیں جن کی وجہ سے پاؤں اپنے نیچے کی زمین سے موافقت پیدا کر لیتا ہے زیر عرقوبی جوڑوں کے واقع ہوتی ہیں جو تعداد میں دو ہوتے ہیں۔ (۱) مقدم زیر عرقوبی جوڑو عرقوب کے سر اوزین اور حصوں یعنی (۱) دعام العرقوب (sustentaculum tali) (ب) تختانی عقبیتی سفینیٹی رباط (inferior calcaneo-scapoid ligament) اور (ج) سفینیہ (scaphoid) کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۱۵۱)۔ (۲) موخر زیر عرقوبی (posterior subastragaloid) جوڑو عرقوب کے جسم اور عظم العقب کے درمیان ہوتا ہے۔ موخر جوڑو مقدم سے بین العظامی رباط کے ذریعہ سے علحدہ ہوتا ہے۔ ایک تیسرا جوڑو بھی ان اہم حرکتوں سے تعلق رکھتا ہے۔ اور یہ عظم العقب اور زردی ہڈی کے درمیان کا ہے۔ جو عضلات دروں گردانی پیدا کرتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) عضلہ قصبیہ

موخر (tibialis posticus) - (۲) عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) - پہلا عضلہ دروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے اور دوسرا دروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے پیدا کرتا ہے۔ انگلیوں کے قابض عضلات پہلے عضلہ کی مدد کرتے ہیں، اور انگوٹھے کا باسط عضلہ دوسرے کی مدد کرتا ہے۔ بروں گردانی (۱) شطیبہ طویل (peroneus longus) (۲) شطیبہ قصیر (peroneus brevis) (۳) شطیبہ ثالثہ (peroneus tertius) اور (۴) باسطہ طویل اصبعیہ (extensor longus digitorum) سے پیدا ہوتی ہے۔ پہلا بروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے پیدا کرتا ہے اور دوسرے معہ ٹھہری خم کردگی کے پیدا کرتے ہیں۔

مذکورہ بالا امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیر عرقوبی جوڑوں پر عضلات کے چار گروہ فعل کرتے ہیں جو پاؤں کی حرکتوں کا توازن قائم رکھتے ہیں، اور ان کی تعین بھی کرتے ہیں۔ اور ایسی چار وضعیں ہیں جن میں یہ پاؤں کو مثبت رکھ سکتے ہیں :- (۱) دروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے (فرسی فدع القدم : talipes equino-varus) (۲) بروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے (فرسی روح القدم : talipes equino-valgus) - (۳) دروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے (عقبی فدع القدم : talipes calcaneo-varus) (۴) بروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے (عقبی روح القدم : talipes calcaneo-valgus) - پاؤں کی اختیار کردہ وضع کا انحصار عضلات کے مشلول یا کمزور گروہ یا گروہوں پر ہوگا۔

655

بروں گردانی اُن ساختوں سے محدود رہتی ہے جو تلوے کی اندرونی جانب پر ہوتی ہیں۔ مبعده ابہامیہ قدیمیہ (abductor hallucis) انحصی ردا قصبیتی عضلات اور تحتانی عقبتی رباط۔ دروں گردانی کی تحدید شطیبی (peroneal) عضلات اور پاؤں کے بیرونی کنارہ پر کے رباطات سے، اور انجام کار سفینیہ کے حدیبہ کے دعام العرقوب (sustentaculum tali) سے مل جانے سے ہوتی ہے۔

دروں گردانی اور بروں گردانی کی حرکتیں بطح (supination) اور اکباب (pronation) کی تناظر ہوتی ہیں۔ لیکن جارحہ اعلیٰ میں یہ کعبہ (radius) اور زنبہ (ulna)

کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ اور جارحہ اسفل میں عرقوب (astragalus) اور پاؤں کے باقی حصہ کے درمیان ہوتی ہیں۔

گرزپا (club-foot) - کج پائی (talipes) یا گرزپا (club-foot) کو چار بڑے بڑے گرد ہونے میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ یعنی (۱) فرسی کج پائی (T. equinus) (۲) عقبیتی کج پائی (T. calcaneus) (۳) فدع القدم (T. varus) اور (۴) روع القدم (T. valgus)۔ ان بڑی بڑی قسموں کے ملنے سے چار ثانوی قسمیں پیدا ہوتی ہیں یعنی فرسی فدع القدم (T. equino-varus) فرسی روع القدم (T. equino-valgus) عقبی فدع القدم (T. calcaneo-varus) اور عقبی روع القدم (T. calcaneo-valgus)۔

۱۔ فرسی کج پائی (talipes equinus)۔ اس تشکیلی میں ایڑی اوپر کی طرف کو کبھی ہوتی ہے اور مریض انگلیوں کی گدیوں پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ ساق کے وہ عضلات ہیں جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے پسیدہ ہونے ہیں۔ اور جن عضلات میں شلل پایا جاتا ہے وہ باسطات قدم ہیں۔ پاؤں میں انحصار خم کردہ اور نمایاں دروں گردانی پائی جاتی ہے۔ بخوبی واضح حالت میں ایڑی کی ہڈی بہت اونچی اٹھی ہوتی ہے حتیٰ کہ بعض اوقات قصبیہ (tibia) سے بھی مل جاتی ہے۔ عرقوب (astragalus) نیچے کی طرف کو سرک جاتی ہے اور پشت پا پر ابھرتی ہے۔ پاؤں کا رجحان بتدریج زیادہ دروں گردانیدہ ہو جانے کی طرف ہوتا ہے حتیٰ کہ انجام کار سفینیہ (scaphoid) دعام (sustentaculum) کو چھونے لگتی ہے۔ تلوے کے رابطات بہت منقبض ہو جاتے ہیں۔

۲۔ عقبی کج پائی (talipes calcaneus)۔ گرزپا کی اس قسم میں انگلیاں اوپر کی طرف کو کبھی ہوتی ہیں، اور مریض ایڑی پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ جارحہ کی مقدم جانب پر کے باسطات ہیں۔ ایڑی کی ہڈی زیادہ ذلتعابی ہو جاتی ہے۔ اور عرقوب اتنی ترجیحی ہو جاتی ہے کہ اس کی بالائی مفصلی سطح کا کچھ حصہ بعض اوقات خلفی رخ میں قصبیہ (tibia) سے پیچھے نکل جاتا ہے۔

۳۔ فدع القدم (talipes varus) - یہ ایک عام ترین قسم ہے، لیکن خالص شکل میں کیسے بھی پائی جاتی۔ بلکہ اس کے ساتھ پاؤں کی دروں گردانی پائی جاتی ہو۔ جنینی پاؤں کے بعض خواص حد مبالغہ تک برقرار رہتے ہیں۔ بہت نمایاں خلطی واقعہ میں بدشکلی تہری ہوتی ہے۔ (۱) ایڑی ان عضلات کے ذریعہ سے جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے۔ (۲) پاؤں عضلات قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور موخر (posticus) کے انقباض سے دروں گردانیدہ ہوتا ہے۔ (۳) طولاً عضلہ قابلہ طویل اصبعیہ (flexor longus digitorum) کے ذریعہ سے اور انھیں ردا اور رباطات کے سکڑ جانے سے منقبض ہو جاتا ہے۔ عوقب کی گردن زیادہ لمبی ہوتی ہے اور طبعی پاؤں کی ہڈی کی گردن کی نسبت نیچے کی اور اندر کی طرف کو زیادہ منصرف ہوتی ہے۔ بالغ میں عوقب کی گردن اس کے جسم کے محور سے ۱۰ درجہ کے زاویہ پر اندر کی طرف کو منصرف ہوتی ہے۔ نوزائیدہ میں ۲۵ درجہ کے زاویہ پر اور فدع القدم (talipes varus) میں ۵۰ درجہ کے زاویہ پر ہوتی ہے۔ سفینیہ (scaphoid) اوپر کی اور اندر کی طرف کو مرکب جاتی ہے حتیٰ کہ اسکا اندرونی کنارہ بعض اوقات اندرونی کعبیہ سے چھونے لگتا ہے۔ تینوں فائز شکل ہڈیاں بھی سفینیہ کی متابعت کرتی ہیں اور نزدی ہڈی ہمارہ میں سب سے نیچے کا محل اختیار کر لیتی ہے۔ نزدی ہڈی کا بیرونی کنارہ عظم العقب کے ساتھ ایک زاویہ بناتا ہے، اور عضلہ شظیہ طویل (peroneus longus) کا وتر نزدی ہڈی کے میزاب میں سے نیچے پھسل کر عظم العقب آ جاتا ہے۔ داخلی جانبی رباط کا مقدم کنارہ منقبض اور غیر مناسب طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس طرح دروں گردانی ایک نمایاں درجہ تک پائی جاتی ہے۔

۴۔ فدع القدم (talipes valgus) میں پاؤں بروں گردانی کی مستقل وضع اختیار کر لیتا ہے۔ جو عضلات منقبض ہوتے ہیں وہ دونوں شظی عضلات ہیں۔ بخوبی نمایاں خلطی واقعہ میں عظم العقب ذرا اوپر کی طرف کو اٹھی ہوتی ہے اور عوقب آگے کی اور نیچے کی طرف کو مرکب ہوتی ہے۔ سفینیہ میں گردش پائی جاتی ہے جس سے اس کا اندرونی حصہ منقبض اور بیرونی مرتفع ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے اندرونی حصہ سے

ان دو مریات میں سے جو پاؤں کی اندرونی جانب پر نمایاں ہوتے ہیں ایک مریہ بنتا ہے۔ دوسرا مریہ عرقوب (astragalus) کے سر سے بنتا ہے۔ نزدیکی (cuboid) ذرا باہر کی طرف کو گھومی ہوتی ہے۔ پاؤں کی محراب غائب ہوتی ہے، اور وہ تمام رابطات جو اس کو سہارا دیتے ہیں اور اسے برقرار رکھتے ہیں تنیدہ ہوتے ہیں۔ کچ پاؤں کی مخلوط یا ثانوی قسموں کا ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ یہ صرف تبدائی قسموں ہی کے اکٹھے پائے جانے کا نتیجہ ہوتی ہیں۔

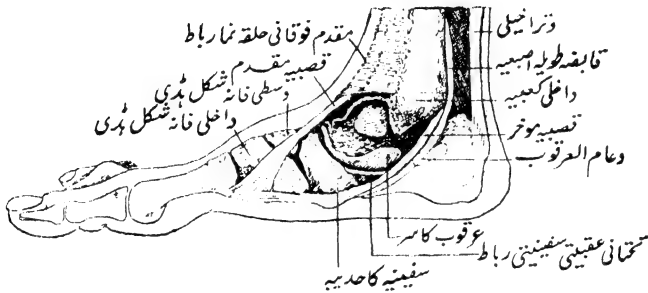
چونکہ کچ پاؤں میں تکلیف اکثر پاؤں کے کسی ایسے حصہ پر بار پڑنے کی وجہ سے ہوتی ہے جس پر معمولی حالت میں بار نہیں پڑتا اس لئے یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ اس بدشکلی کی مختلف قسموں میں مریض پاؤں کے کن کن حصوں کے بل چلتا ہے۔ فئع القدم (varus) میں ”پانہاد“ پانچویں بعد صارتی ہڈی کی بیرونی جانب سے بنتا ہے روح القدم (valgus) میں اندرونی کعبیہ اور سفینیہ سے بنتا ہے۔ فرسی کچ پاؤں (equinus) میں بار تمام انگلیوں کے قاعدوں پر پڑتا ہے۔ اور فرسی فئع القدم (equino-varus) میں جھنگلی کا قاعدہ، اور فرسی روح القدم (equino-valgus) میں انگوٹھے کا قاعدہ زمین پر لگتا ہے۔ اور قبی کچ پاؤں کی تمام قسموں میں ایڑی زمین پر لگتی ہے۔

خلقی قسم کے گرنپا (club-foot) کی انتہائی اور شدید حالتوں میں بعض اوقات ایک عملیہ سے جو صمدارہ براری (tarsotomy) کے نام سے موسوم ہے ہڈی کے فافے علحدہ کر دئے جاتے ہیں۔ اس لئے فرسی فئع القدم (talipes equino-varus) میں فافہ کا قاعدہ پاؤں کی باہر کی طرف کو ہوگا اور زیادہ تر نزدیکی ہڈی پر مثل ہوگا، اور اس سفینیہ (scaphoid) پر ہوگا۔

چیٹا پاؤں (flat-foot) اور روح القدم (splay-foot) اس بدشکلی کے نام ہیں جو غالباً بعض رابطات کے جواب دے دینے سے پیدا ہوتی ہے جس سے پاؤں کی محراب غائب ہو جاتی ہے اور نلوا کم و بیش مکمل طور پر چیٹا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی پاؤں بمقدار بھی ہوتا ہے، اور بیرونی کنارہ اکثر ذرا سا اوپر کی طرف کو اٹھا ہوتا ہے جسکی وجہ سے مریض زیادہ تر پاؤں کی اندرونی طرف پر ہی چلتا ہے۔ یہ بدشکلی ان اشخاص میں پائی جاتی ہے

جو بہت زیادہ کھڑے رہتے ہیں۔ اور یہ ان عضلات کے اور خاصکر عضلہ قصبیہ مقدم و توتہ کے جوابے دینے کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتی ہے جو پاؤں کو دروں گردانی کی وضع پر قائم رکھتے ہیں۔ رباطات پر صرف اسی حالت میں بار پڑتا ہے اور ان کا طول بڑھتا ہے جب کہ ان عضلات کی قوت تحلیل ہو جائے اور یہ جواب دے دیں۔ کیونکہ یہ امر بطور ایک کلیہ کے تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ جوڑ پر کا طبعی بار عضلات پر پڑتا ہے، اور رباطات صرف حرکات کی وسعت کو محدود کرنے کا کام دیتے ہیں۔ تحتانی عقیمیہ سفینی (inferior calcaeo-scapoid) رباط وضع قیام میں طبعی طور پر ڈھیلا رہتا ہے۔ اور عرقوب (astragalus) کے سر کے بوجھ کو عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) سہارا دیتا ہے (شکل ۱۵۲)۔

658



شکل ۱۵۲ - چھٹے پاؤں کی تقطیع اندر کی جانب سے۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ٹانگ کے عضلات چلنے کی نسبت کھڑے ہونے میں زیادہ جلد خستہ ہو جاتے ہیں کیونکہ کھڑے ہونے کی حالت میں وہ عضلات جو پاؤں کی دروں گردانی کرتے ہیں ایک تنش کی حالت میں رہتے ہیں۔ مگر چلنے میں ان کو سکون اور قوت کے لئے متبادل اوقات ملتے ہیں۔ لہذا ان اشخاص میں جن کے پیشوں میں طول طویل عرصہ تک کھڑے رہنے کی ضرورت ہوتی ہے پاؤں کی دروں گردانی کو برقرار رکھنے والے عضلات (خاصکر عضلہ قصبیہ موخر) خستہ ہو جاتے ہیں، اور بتدریج جواب دے دیتے ہیں اس حالت میں

جسم کا وزن اور سے ان ساختوں پر پڑتا ہے جو پاؤں کی بروں گردانی کو محدود رکھتی ہیں اور تحتانی عقبیتی سفینیتی رباط پر یہ خاص طور پر پڑتا ہے جس پر کہ عوقب کا ٹنگن ہوتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ جب اس رباط پر وزن پڑتا ہے تو یہ دبنا شروع ہو جاتا ہے اور عوقب کا سر جسم کے وزن سے جو اوپر سے پڑتا ہے دب کر آگے کی اور نیچے کی اور اندر کی طرف کو سرک جاتا ہے۔ اور پاؤں کے اُس حصہ میں جو اس کے آگے ہوتا ہے پیش بسط کر دگی واقع ہو جاتی ہے اور وہ باہر کی طرف کو مڑ جاتا ہے (شکل ۱۵۲) عظم العقب اندر کی طرف مائل ہو جاتی ہے اور اس کا اگلا سرا تنخفض ہو جاتا ہے دِعام العرقوف (sustentaculum tali) عوقب کے سر، اور سفینیتی درنہ (scaphoid tubercle) سے پاؤں کی اندر کی جانب پر فرازات بن جاتے ہیں جو بعض اوقات زمین سے جا لگتے ہیں (شکل ۱۵۲)۔ نیز طویل اور قصیر احمسی رباطات بھی جو محراب کے برقرار رکھنے میں اتنا زیادہ حصہ لیتے ہیں کچھ عصبہ کے بعد دب جاتے ہیں اور اس سے مزید بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ رباط دالید (deltoid ligament) بھی کچھ جاتا ہے۔ غیر ملتفت واقعات میں حمارتی ہڈیوں کی شکل میں تغیر واقع ہو جانے اور ایسے رباطات کے منقبض ہو جانے سے جو اس بدوضی سے ڈھیلے پڑ جاتے ہیں بدشکلی کم و بیش مستقل ہو جاتی ہے سفینیہ (scaphoid) اور اندرونی فاشنکل ہڈی نمایاں طور پر کمانہ نما ہو جاتی ہیں، اور ان کے راسوں کا رخ پاؤں کی پشت کی طرف کو ہو جاتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ پاؤں مبعہ ہو جاتا ہے اور اس کا بیرونی کنارہ کسی قدر مرتفع ہو جاتا ہے۔ عضلات شظیہ (peronei muscles) ڈھیلے اور چھوٹے ہو جاتے ہیں اور اس فتور کے مستقل بنانے میں شریک ہو جاتے ہیں۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ مختلف حمارتی ہڈیوں اور مغال پر جو غیر طبعی دباؤ پڑتا ہے اس سے وہ شدید درد پیدا ہوتا ہے جو اس عارضہ میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ پاؤں کی محراب کی استواری زائل ہو جاتی ہے اور یہ آئندہ جسم کا وزن برداشت نہیں کر سکتی اس لئے پنڈلی کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ پاؤں ایک بیرم ہے جس کے ذریعہ سے پنڈلی کے عضلات چلنے کے دوران میں جسم کو اوپر اٹھاتے ہیں۔ جب محراب کے ہبوط کے ساتھ اس بیرم کی استواری غائب ہو جاتی ہے تو پنڈلی کے عضلات آئندہ فعل نہیں کر سکتے۔ اس لئے مریض چلتے وقت

انگلیوں پر وزن ڈال کر پاؤں کو نہیں اٹھاتا بلکہ ایڑی اور پاؤں کی اندرونی جانب پر وزن ڈال کر پاؤں کو اٹھاتا ہے۔

طبعی پاؤں کے نقوش کی شکلیں بہت مختلف ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۱۵۳)۔ بوسٹن (Bosten) کے لووٹ (Lovett) کا یہ خیال تھا کہ جو پاؤں زمین سے صرف دو حصوں پر چھوتے ہیں، یعنی پیچھے کی طرف ایڑی پر اور سامنے کی طرف پاؤں کی گدی پر ان کے کمزور ہو جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے (شکل ۱۵۳-ا)۔ چپٹے پاؤں (flat-foot) میں

660



شکل ۱۵۳۔ نقوش قدم کے مختلف اقسام۔

- ۱۔ طبعی پاؤں کا جس کی محراب بلند ہے۔
- ۲۔ اسکی بھی محراب بلند ہے۔
- ۳۔ جس کی محراب نیچی ہے۔
- ۴۔ چپٹے پاؤں کا۔

پاؤں کا اندرونی کنارہ بھی زمین سے مل جاتا ہے۔ اس لئے ایڑی اور انھمسی گدی اور پاؤں کے بیرونی حاشیہ کے درمیان کا رقبہ جو طبعی نقش قدم میں خالی رہتا ہے جنووی یا کلی طور پر

پر ہوتا ہے (شکل ۱۵۳-د)۔

یہ معلوم ہوتا ہے کہ وسطانی حارقی جوڑ (mediotarsal joint) کو جو اس شکل میں اتنا نمایاں طور پر متاثر ہوتا ہے مقدم قصبیتی (anterior tibial)، عضلی جلدی (musculo-cutaneous)، اور خارجی انحصی (external plantar) اعضا رسد پہنچاتے ہیں۔

جو حالت قدم کھف (pes cavus) (چنگالی پاؤں: claw-foot) کے نام سے موسوم ہے اس میں پاؤں وسطی حارقی جوڑ پر خم کردہ ہوتا ہے، انحصی محراب بڑی ہو جاتی ہے، ایڑی اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے، اور قریبی سلامیات، خاص کر انگوٹھے کے، ظہری طرف کو خم کردہ ہوتے ہیں۔ یہ عارضہ بتدریج نمایاں ہوتا ہے اور انجام کار بہت سی لاچاری کا باعث ہوتا ہے۔ اس کا سبب معلوم نہیں۔ انگلیوں اور پاؤں کے عضلات باسطہ میں عام طور پر کسی قدر کمزوری پائی جاتی ہے۔

حارقی ہڈیاں (tarsal bones) اپنے اسفنجی خاصہ کی وجہ سے بلا واسطہ چوٹ اور شدید کوفتگیوں سے آسانی ٹوٹ جاتی ہیں۔ چونکہ وہ نرم حصے جو ان ہڈیوں کو پوشیدہ کرتے ہیں پاؤں کی پشت پر کم مقدار میں ہوتے ہیں اس لئے یہ حوادث اکثر مرکب ہوتے ہیں اور ان میں ٹپش کی بہت سی دریدگی پائی جاتی ہے۔

جو حارقی ہڈی سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ مسور ہوتی ہے وہ عظم العقب ہے۔ یہ ہڈی ایڑی کے بل گرنے سے ٹوٹ سکتی ہے اور بہت سی مثالوں میں ایسے حادثہ سے صرف یہی ہڈی ٹوٹی ہے عضلی فعل کی شدت سے عقبیہ (calcaneus) میں کسر واقع ہونے کے چند واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جن عضلات سے کسر واقع ہوتا ہے وہ عضلات وہ ہیں جو تراخیلی (tendo Achillis) سے جسدہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Abel) نے دو عام العرقوب (sustentaculum tali) تکتے کسر کے تین واقعات کا اندراج کیا ہے اس کا یہ خیال ہے کہ یہ ضرر تلوع کے بل گرنے یا پاؤں کی انتہائی دروں گردانی سے جب کہ عرقوب (astragalus) اس زائدہ پر بہت زور سے آکر دبی ہے پیدا ہو سکتا ہے۔

ایڑی کی شعاع نگار شوں میں اکثر ایک عقبیتی مہاز (calcanean spur) دکھائی

دیتی ہے جو عظم العقب کے داخلی یا خارجی حدیبہ سے لیکر آگے کی طرف کو انحصی روا کے اندر تک جاتی ہے بعض حالتوں میں اس قسم کی ہماز (spur) کی موجودگی میں ایڑی کی اند کی جانب پر ہمیشہ درد محسوس ہوتا ہے۔

پاؤں کے بل گرنے سے اکیلی عرقوب (astragalus) بھی ٹوٹ سکتی ہے۔ اور ایسے حادث میں یہ اور عظم العقب دونوں اکثر ٹوٹ جاتی ہیں لیکن اس امر کا خیال ضرور رکھنا چاہئے کہ جب مریض پاؤں کے بل گرتا ہے تو حمارتی ہڈیوں کی نسبت قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) کے ٹوٹنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے کیونکہ ٹانگ کی ہڈیاں جسم کے وزن کو بلا واسطہ منتقل کرتی ہیں۔ مگر جب یہ وزن پاؤں میں سے اس کی بہت سی ہڈیوں اور جوڑوں میں سے گزرتا ہے تو منتشر و منقسم ہو جاتا ہے۔ حمارتی ہڈی کی سانچاڑیوں میں ایسے خطوط یا غلیں سہکیں ظاہر ہوتی ہیں جن میں سے ایسی طاقتیں منتقل ہوتی ہیں ایسی سانچاڑیوں کا خاصہ کچھٹ کے واقعات میں امتحان کرتے وقت بعض اوقات عرقوب کا موزر زائدہ بظاہر علیحدہ یا کسور دکھائی دیتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ زائدہ بطور ایک علیحدہ ہڈی (عظم شکث: os trigonum) کے نمودار ہے۔ اور بعض واقعات میں یہ عرقوب (astragalus) سے متحد ہونے سے رہ جاتا ہے۔

662

بعد حمارتی ہڈیاں (metatarsal bones) اور سلامیا (phalanges) تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ چوٹ سے ٹوٹتے ہیں لیکن باہر کی طرف کی بعد حمارتی ہڈیوں کی پوریاں بعض اوقات صرف سنگ حاشیہ کے کنارے پر سے پھسلنے یا بس (bus) پر سے پھلاناگ مارنے سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ جب سے لاشعاعوں کا استعمال ذریعہ تشخیص کے طور پر شروع ہوا ہے حمارتی ہڈیوں اور خاصہ کر پانچویں ہڈی اور سلامیات کے کسور اور جزوی کسوریں وقوع نہیں پائے گئے۔ اور یہ اکثر ایسی حرکت یا حادثہ کا نتیجہ پائے گئے ہیں جو بظاہر ایسے ضررات پیدا کرنے کے لئے بالکل ناکافی معلوم ہوتا ہے۔

بعض اوقات ایک یا زیادہ بعد حمارتی ہڈیاں مخلوع ہو جاتی ہیں، یا تمام کا تمام سلسلہ اوپر کی یا نیچے کی یا اندر کی یا باہر کی طرف کو سرک جاتا ہے۔ قبل الذکر ضرر عام ترین ہوتا ہے۔ یہ ضرر ان لوگوں کے پاؤں میں خاص طور پر دیکھا گیا ہے جو گھوڑے پر سے گرے ہوں

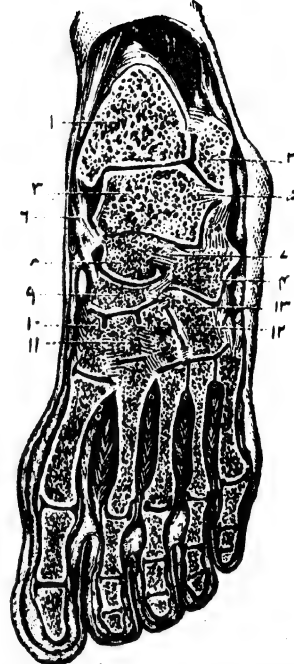
اور رکاب میں پاؤں کے مچھنس جانے سے گھسٹتے گئے ہوں۔

حصہ کا تعظم (ossification of the tarsus) - بوقت پیدائش حصہ زیادہ تر غضروبی ہوتا ہے۔ تعظم ایڑی کی ہڈی میں جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں اور عوقب (astragalus) میں ساتویں مہینے میں شروع ہوتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid) کے لئے جو مرکز ہوتا ہے وہ پیدائش کے وقت پرتلاہر ہوتا ہے۔ اور سفینیہ (scaphoid) میں جو سب سے آخر میں تعظم ہوتی ہے یہ مرکز تیسرے سال میں نمودار ہوتا ہے۔ حمارتی ہڈیوں کی غضروف سن بلوغ تک مکمل طور پر تعظم نہیں ہوتی۔ طویل ہڈیوں کے بر بالوں کی طرح حمارتی ہڈیاں بھی مکمل طور پر غضروف میں بنتی ہیں، اور گرد غلطہ سے نہیں بنتیں۔

پاؤں کے انگوٹھے کے قریبی سلامیہ کے خلع کی ترجیع ہاتھ کے انگوٹھے کے متناظر خلع کی ترجیع کی طرح اکثر بہت مشکل ہوتی ہے۔ جب غیر وضعیت ظہری ہو تو یہ مشکل شاید سمسمانی ہڈیوں جو وقبی رباط (glenoid ligament) یا یعنی غضروبی صمغ میں مدفون ہوتی ہیں، اور عضلات کے ان گروہوں کے معکوس انقباض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں جو ان سمسمانی ہڈیوں پر پٹھتی ہوتے ہیں۔ قریبی سلامیہ کی بیرونی غیر وضعیت کا ذکر جو رفح الابطا (hallux valgus) پر مشتمل ہوتی ہے پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 641)۔ اس جوڑ کا اندرونی جانبی رباط متطول ہوجاتا ہے۔ اور بیرونی منقبض ہوجاتا ہے۔ صلب بہام قدم (hallux rigidus) میں یہ جوڑ شاید ان قصیر عضلات کے انقباض سے جو انگوٹھے پر فعل کرتے ہیں ذرا سا خم کردہ اور استوار ہوتا ہے۔ انقباض کی وجہ عام طور پر جوڑ کی مفصلی سطح کا کوئی ضرر ہوتی ہے۔ اس ضرر میں جو وجع الحمارہ (metatarsalgia) کی ایک قسم ہے مہم سادہ رہا جاتا ہے۔

دوسری انگلی بقیہ انگلیوں کی نسبت عام طور پر زیادہ لمبی ہوتی ہے، اور اس کے ”مطرقتی انگشت پا“ (hammer-toe) کی شکل اختیار کرنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اسی حالت میں قریبی سلامیہ بسط کردہ اور وسطی بہت خم کردہ ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بالعموم موروثی ہوتا ہے۔ اور کسی ایسی انگلی کے بین العظامی اور اقطنی عضلات (lumbricales) میں نقبض پیدا ہونے سے رونما ہوتا ہے جو غیر طبعی طور پر لمبی ہو۔

پاؤں میں ٹخنے کے جوڑ کے زللابی کہنے کے علاوہ چھ اور زللابی کہنے ہوتے ہیں یعنی ایک نر زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، دوسرا مقدم زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، تیسرا عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان، چوتھا مونرا لڈکر ہڈی اور باہر کی دو بعد حمارتی ہڈیوں کے درمیان، پانچواں اندر ونی فائہ شکل ہڈی اور پہلی بعد حمارتی ہڈی کے درمیان کے جوڑ کے لئے، اور چھٹا بغنیہ مفصل کے لئے (شکل ۱۵۴)۔ کسی ایک ہڈی کے سرانست زدہ ہو جانے کی حالت میں ان زللابی کہفوں کا بہت سا رجحان مرض کو پاؤں کی مختلف ہڈیوں میں منتشر کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جہاں تک اس قسم کی توسیع کے سوال کا تعلق ہے ہڈی کے مرض کا بہترین محل عظم العقب اور عرقوب کے پچھلے حصے ہیں۔ انہر جب اسفینیہ ماؤف ہوگی تو مرض کا مقام بدترین ہوگا۔ ٹخنے کے جوڑ پر سے ساسم کا بر



شکل ۱۵۴۔ حمارہ کے زللابی کہفوں کو ظاہر کرنے کے لئے پاؤں کی ترچھی مقدم موخر

تراش۔ (روڈنجر: Rudinger)۔

۱۔ قصبیہ۔ ۲۔ شطیب۔ ۳۔ عرقوب۔

۴۔ عظم العقب۔ ۵۔ داخلی جانبی رباط۔

۶۔ عرقوب اور عظم العقب کے درمیان کا

بین العظامی رباط۔ ۷۔ عرقوب کا سر۔

۸۔ سفینیہ۔ ۹۔ اور اتین فائہ شکل ہڈیاں۔

۱۲۔ نردی ہڈی۔

(Syme's amputation at the ankle)

(شکل ۱۵۵)۔ ایڑی کے دامن میں مندرجہ ذیل خستیں

کاٹی جاتی ہیں:۔ پوششیں، خارجی صافنی عصب اور

ورید عضلہ شطیبیہ (peroneus longus)

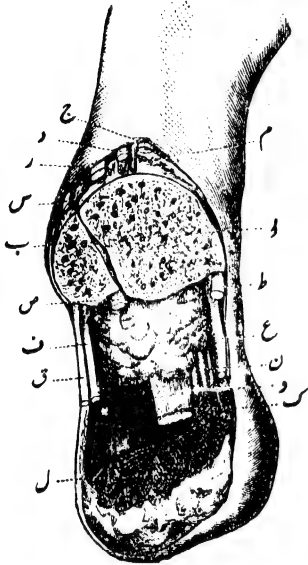
عضلہ شطیبہ قصیرہ (peroneus brevis)، عضلہ

قصبیہ موخر، عضلہ قاصضہ اصبعیہ لمولہ،

عضلہ قاصضہ ہڈی (flexor longus hallucis)

آئیل وتر (tendo Achilles)، عضلہ قاصضہ

اصبعیہ قصیرہ (flexor brevis digitorum) اور دونوں مبع عضلات کے مبادی اور داخلی اور خارجی انحصی شریانیں اور اعصاب۔



شکل ۵۵ ا۔ سائیم کاہن (اگٹز: Agatz)۔

و قصیرہ - ب - شطیہ - ج - قصیرہ مقدم - د - عضل با

اہامیہ قد حقیقی ہی عضل با سہ اصبعیہ مشترکہ -

س - عضل شطیہ ثالث - دس - عضل اہامیہ

طویلہ - ط - عضلہ قصیرہ برنر - ع - عضل ق البضہ

اصبعیہ طویلہ - ف - عضلہ شطیہ قصیرہ - ق - عضلہ

شطیہ طویلہ - ک - ورائیلی - ل - تلوے کے بعض

عضلات جو اس عمل میں عام طور پر چھپے نہیں

چھوڑے جاتے - م - مقدم قصیرہ عروق - ن - موخو

قصیرہ عروق - و - موخو قصیرہ عصب -

ظہری دامن میں مندرجہ ذیل ساختیں

کاٹی جاتی ہیں :- عضلہ قصیرہ مقدم، باسلہ اصبعیہ

مشترکہ، باسلہ اہامیہ حقیقی، شطیہ ثالث، مقدم

قصیرہ عروق اور عصب عضلی جلدی عصب اور داخلی صافی عصب

ورید - جو بڑی بڑی ساختیں کاٹی گئی ہیں ان کا کل

شکل ۵۵ میں دکھایا گیا ہے جیسا کہ اگٹز (Agatz)

کی تصویر میں ظاہر کیا گیا ہے، اس طرح اب عام طور

پر تلوے کی عضلی بافت کے کسی حصہ کی بھی قطع نہیں

کی جاتی ہے - یہ معلوم کر لینا چاہئے کہ ایڑی کی

پوششوں کی رسد جو بہت کثیر ہوتی ہے باہر کی طرف

زیادہ تر موخو شطی شریان کی خارجی عقیبتی شاخ سے

اور اندر کی جانب پر زیادہ تر خارجی انحصی شریان

کی داخلی عقیبتی شاخ سے آتی ہے - موخو الذکر عروق

اکثر موخو قصیرہ (posterior tibial) (شطی

peroneal: شریان سے نکلتا ہے، اور اس حالت

میں عقیبتی انحصی شاخ (calcaneo-plantar

branch) کے نام سے موسوم ہوتا ہے - اس خطہ

کی عصبی رسد شکل ۵۶ میں بخوبی دکھائی دیتی ہے -

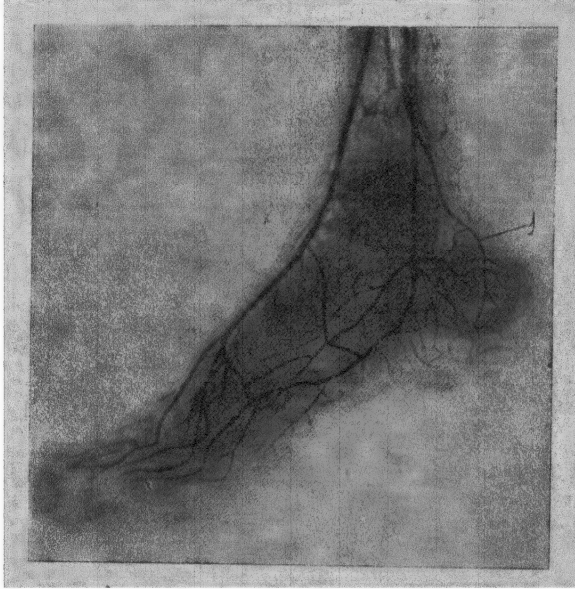
یہ ایک شمع نگارش ہے جو بریم (barium)

کے اشراق کے بعد لی گئی ہے - اگر ایڑی کا شکاف

اتنا چھپے پنہا دیا جائے کہ اس سے موخو قصیرہ شریان

کا تناکٹ جائے تو ایڑی کا دامن رسد خون کے

موخر الذکر منبع سے بے بہرہ رہ جاتا ہے۔ موخر قصبیتی شریان اُس خطہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے جو اندرونی کعبیہ کی نوک سے لیکر ایڑی کے انحداب کے مرکز تک کھینچا جائے۔
ایڑی کی پوششوں کو جو اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ خارجی صافنی (external saphenous) کی عقبیتی شاخیں اور موخری قصبیتی (posterior tibial) کے انحصی جلدی



تشکل ۱۵۶۔ پاؤں کی شعاع نگارش۔ شریانوں میں غیر شفاف اشراب کیا گیا ہے۔ بتر سائٹم کے دامن کو جو شریان دموی رسد پہنچاتی ہے اس کے محل وقوع کو غور سے دیکھا جائے۔
۱۔ موخر قصبیتی شریان کی عقبیتی انحصی شاخ۔

شاخچے ہیں۔ پروگاف کا بتر (Pirogoff's amputation) جس میں ایڑی کی ہڈی کا

کچھ حصہ ایڑی کے دامن پر باقی رکھ لیا جاتا ہے، اور شتوپارٹ کا وسط ہمارتی بتر (Chopart's midtarsal amputation) اور لیس فرانک کا بعد ہمارتی سلامیاتی بتر (Lisfranc's metatarso-phalangeal amputation) (معالجہ) ہے۔ Hay: اور سکی: Skey: کی غیر اہم مرمہ صورتوں کے) اب شاذ و نادر ہی سرانجام دئے جاتے ہیں۔ ان میں بہت سے نقص پائے جاتے ہیں جو سائم (Syme) کے عملیہ میں نہیں پائے جاتے، اور پاؤں پر سرانجام دینے کے لئے یہ عملیہ بہترین تصور کیا جاتا ہے اور اسے ترجیح دی جاتی ہے۔

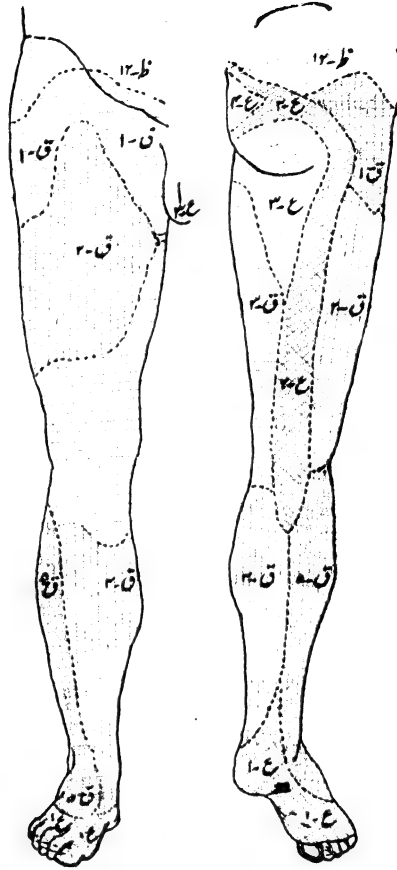
زیر عتوبی بتر (subastragaloid amputations) میں زیر عتوبی مفصل پر مفصل مفصل (disarticulation) کی جاتی ہے۔ اور پاؤں کی جوڑی باقی رہ جاتی ہے وہ صرف عتوب (astragalus) ہی ہوتی ہے، اور اس سے ٹنڈ کی چوٹی بنتی ہے۔ لیکن اس عملیہ کی سرانجام دہی کے دوائی چند ہی ہیں۔

جارج اسفل کی عصبی رسد - شکل ۵۵۱ میں جارج اسفل کی مقدم (بارط) اور موخر (قائض) دونوں جانبوں کی جلدی عصبی رسد دکھائی گئی ہے، اور شکل ۵۵۲ میں وہ جبلی قطعات دکھائی دیتے ہیں جن سے اعصاب بھٹکتے ہیں۔ جارج اسفل کے مشلات کثیر الوقوع ہیں لیکن کسی مجروح عصب کو نقصان پہنچنے کی نسبت جبلی شوکی کے تحتانی قطعات کے کسی ضرر سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ بہر حال ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں ایکلاتنا ضرر رسیدہ تھا اور اس سے بعد میں شلل پیدا ہو گیا تھا۔

مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) عصب کا

شلل عمود فقری کے زیرین حصہ کو ضرر پہنچنے سے جس سے فنب الفرس (cauda equina) ماؤف ہو گیا ہو، اور حوض کے کسور اور حوض کے سلعات سے، خراج خصریہ (psosas abscess) سے، عظم فخذی کے کسور اور خلوع سے، کنج ران کے خطہ کی ہولوں سے، اور

خاسکر بندوق کے ان زخموں سے جو ان حصوں میں آئے ہوں، پیدا ہوتا ہے۔ اس عصبی ضرر میں مریض کو لے کی جوڑی خم کر دگی نہیں کر سکتا یا لیٹ کر اٹھ نہیں سکتا (عضایہ حرقفیہ - عضلات منقریہ بعض اوقات کو لے کی جوڑی کے قابضات کی طرح فعل کرنے لگتے ہیں۔



شکل ۱۵۸۔ جارحہ اسفل کے ان جلدی رقبہ جات کو ظاہر کرتی ہے
جن کو جبل شوکی کے قطنی اور عجربی قطعات سے رسد پہنچتی ہے۔

(ہیڈ: Head کے مطابق۔)

ہر رقبہ پر جبل کے اس قطعہ کا نام درج ہے جس سے اس کو رسد پہنچتی ہے۔ ان اعصاب کے لئے جو
ہر ایک رقبہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔ دیکھو شکل ۱۵۷۔

گرنے پر ٹانگ کی بسط کو دگی کی طاقت ضائع ہو جاتی ہے (عضلہ باسط ساقیہ ذواربعۃ الرؤس quadriceps extensor cruris)۔ عضلہ خیاطیہ (sartorius) کا فعل تباہ ہو جاتا ہے اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے فعل میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ جن حصوں کو داخلی اور وسطی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب رسد پہنچاتا ہے ان کی حس میں کمی آ جاتی ہے۔

ایک عصب ساد (obturator nerve) کا شلل ایک نادر الوقوع حالت ہے؛ گو سابق الذکر تنے کے اسی قسم کے ضرر کے ساتھ یہ بعض اوقات پایا جاتا ہے قیق ساد (obturator hernia) کی حالتوں میں اور دوران وضع حل میں جنین کے سر سے اس عصب پر دباؤ پڑنے سے یہ پیدا ہو سکتا ہے۔ جو عضلات متاثر ہوتے ہیں وہ عضلات مقربہ (adductors)، عضلہ شقیقیہ (gracilis)، اور عضلہ سادہ خارجہ (external obturator) ہیں۔ مریض گھٹنوں کو ملا کر دبا نہیں سکتا اور ٹانگوں کو ایک دوسری پر سے گزرنے نہیں سکتا۔ باہر کی طرف کی گردش مشکل ہو جاتی ہے مگر جلد کے جس رقبہ کو یہ عصب رسد پہنچاتا ہے اس کی حس بہت کم متاثر ہوتی ہے۔

عظیم نسانی عصب (great sciatic nerve) اپنے ابتدائی مقام پر دو واضح حصوں سے مرکب ہوتا ہے جن میں سے ہر ایک اپنے اپنے غلاف میں بند ہوتا ہے یعنی ایک حصہ ٹھری یا باسطی ہوتا ہے جو عصب کے بیرونی یا زیادہ گہرے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور خارجی ماہضی (external popliteal) (مشترک شطی common peroneal) عصب بن جاتا ہے، اور ایک بطنی یا قابض حصہ ہوتا ہے جو داخلی ماہضی (internal popliteal) یا قصبیتی (tibial) عصب بن جاتا ہے۔ ان کے غلافوں کے ہم پہلو حصوں سے عظیم نسانی عصب (great sciatic nerve) کا فاصل بنتا ہے۔ مگر گاہے گاہے شطی (peroneal) اور قصبیتی غلافات شروع ہی سے علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ نسانی (sciatic) تنے کے وسطی ایک تہائی حصہ میں ریشے از سر نو مرتب ہوتے ہیں، یعنی ان کی جماعت بندی دوسری دفعہ ہوتی ہے، اور اس طرح ایک ضمیمہ بن جاتا ہے۔ یہ جماعت بندی حرکی ریشہ جات میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ عظیم عصبی تنوں میں

مختلف عصبی بندلوں کا محل معین اور متقل ہوتا ہے۔

داخلی مابضی عصب کا شلل (paralysis of the internal

popliteal nerve)۔ نخے کی بسط کردگی اور انگلیوں کی خم کردگی نہیں کی جاسکتی (قابلضہ طویلہ اصبعیہ، قابلضہ ابہامیہ حقیقی، عضلہ قصبیہ مؤخر، گیسٹرو پوبلیس gastrocnemius، اور سولیس soleus)۔ مریض مؤخر الذکر دونوں عضلات کے فعل کے معطل ہو جانے کی وجہ سے انگلیوں پر کھڑا نہیں ہو سکتا۔ پاؤں کو درول گردہ کرنے کی طاقت میں نقص واقع ہو جاتا ہے (عضلہ قصبیہ مؤخر)، اور انگلیوں کی جانبی حرکت تلوء کے تمام چھوٹے عضلات کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے نائل ہو جاتی ہے۔ انگلیوں کی انمضی جانب اور تلوء پر اور ٹانگ کی پچھلی طرف کے زیرین نصف کے کچھ حصہ کی حس ناقص ہو جاتی ہے۔

خارجی مابضی (external popliteal) (مشترک شغلی common)

peroneal: عصب کے شلل میں ٹانگ کی سامنے کی جانب کے عضلات کا فعل نائل ہو جاتا ہے، پاؤں لٹک پڑتا ہے، اور چلتے وقت انگلیاں زمین پر گھسکتی ہیں۔ پاؤں کی نہ تو نظری خم کردگی کی جاسکتی ہے اور نہ بروں گردانی (عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ، باسطہ ابہامیہ حقیقی، شغلی عضلات)۔ تقریب عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کی وجہ سے ناکمل رہ جاتی ہے۔ انگلیوں کی بسط کردگی صرف ذرا سی ہی ممکن ہوتی ہے جتنی کہ بین العظامی عضلات سے ہو سکتی ہے۔ پاؤں کی محراب چھٹی ہو جاتی ہے کیونکہ عضلہ شغلیہ طویلہ (peroneus longus) سے اسے جو سہارا ملتا ہے وہ غائب ہو جاتا ہے۔ رابطہ شغلی عصب (communicans peronei) کے شلل کی وجہ سے ٹانگ کی سامنے کی اور باہر کی طرف کی اور پاؤں کی پشت پر کی اور ٹانگ کی پچھلی جانب کے کچھ حصہ پر کی حس ناقص رہ جاتی ہے۔

کسی خاص عضلہ کو جانے والے ریشوں کی گروہ بندی سوائے اس مقام کے قرب وجوار کے جہاں عصبی تے سے باہر نکلتے ہیں کسی ایک حزمہ (fasciculus) میں نہیں پائی جاتی۔ لہذا داخلی مابضی (internal popliteal) کی طرح کا کوئی عصبی تناہیہ کسی

ظاہری اثر کے نمودار ہونے کے جزوی طور پر کاٹا جاسکتا ہے۔ طفلی شکل (infantile paralysis) کے واقعات میں اس صورت حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ خارجی مابضی (external popliteal) عصب کے مائوف ہو جانے کی حالت میں باسط عضلات کا فعل اس عصب کو ایک دھجی سے جو داخلی مابضی (internal popliteal) عصب سے جزوی طور پر علحدہ کی گئی ہو ٹانگ دینے سے از سر نو قائم کیا جاسکتا ہے۔ جب عظیم نائی عصب (gerat sciatic nerve) خود شلول ہو جاتا ہے تو سابق الذکر دونوں اعصاب کے تعطل فعل کے علاوہ عضلات کا زہ کے شکل کی وجہ سے گھٹنے کے خم کردگی کی عدم استطاعت بھی پائی جاتی ہے۔ اور عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے ضعف قوت کی وجہ سے جارحہ کی گردش بھی بعض اوقات ناقص رہ جاتی ہے۔ خیرن نیہ یہ دریافت کیا ہے کہ ایسی حالتوں میں بھی عضلہ رشیتیہ (gracilis) کے فعل سے گھٹنے کی خم کردگی کیجا سکتی ہے، نیز حس تلوں کے صرف کچھ حصہ برہی سے مکمل طور پر زائل ہوتی ہے۔ اجمل کے جن قطعات میں سے جارحہ فسل کے اعصاب نکلتے ہیں ان کے علم سے جراح کو بعض فدرات کے مقام کی تعیین کرنے میں اکثر مدد ملتی ہے۔ عصبی جرہ کے کے کٹ جانے سے جیسا کہ عمود فقری کے کسٹریں یا جمل نخاعی کے اندر اس کے مرکز کے نباہ ہو جانے سے ہوتا ہے عضلات کے ایک معین گروہ میں شکل نمودار ہو جاتا ہے اور جلد کے ایک خاص رقبہ میں عدم حسیت نمایاں ہو جاتی ہے۔ جلد کے جن رقبہ جات کو قطنی اور عجزی قطعات رسد پہنچاتے ہیں وہ شکل ۵۸ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ اور کوچر (Kocher) کے مطابق یہ قطعات عضلات کے مندرجہ ذیل گروہوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ تیسرا قطنی، خصریہ (psaos)، حرقفیہ (iliacus)، مشطیہ (pectineus)، خیاطیہ (sartorius)، اور عضلات مقربہ (adductors) کو۔ چوتھا قطنی، عضلہ باسط ساقیہ ذوالربعۃ الرأس (quadriceps extensor cruris) کو۔ پانچواں قطنی، الویدیہ (gluteus medius)، اور صغیرہ (minius) کو، اور ناشرہ روانیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris) اور عضلات کا زہ (hamstrings) کو۔ پہلا عجزی،

الویہ کبیرہ (gluteus maximus)، کو لے کے قصیرہ و رات (short rotators) عضلات شنتیہ (peronei)، انگلیوں کے باسط عضلات، اور ٹخنہ کے قابض عضلات کو۔ دوسرا عجزی، گیسٹروکینمیس (gastrocnemius)، عضلہ سملیکہ (soleus)، انگلیوں کے عضلات قابضہ طویلہ، ٹخنے کے بوڑ کے باسط عضلات، اور تلو سے کے عضلات کو۔

جوارح کے اعصاب جن اصولوں کے تحت منقسم ہوتے ہیں ان کے لئے طالعلم کو صفحہ 359 کا مطالعہ کرنا چاہئے۔ جہاں تک اعصاب کے قطعاتی مبادی کا تعلق ہے جوارح افضل میں جوارح اعلیٰ کی طرح معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ ان اختلافات کا میلان یا تو پیش بستہ (prefixed) قسم کی طرف ہوتا ہے اور یا پس بستہ (postfixed) قسم کی طرف (دیکھو صفحہ 360)۔

حصہ ششم عمود فقری اور بل شوی

(THE SPINE AND SPINAL CORD)

باب بست و منفق عمود فقری

عمود فقری کئی ایک ایسے وظائف جو بہت ہی مختلف اور پیچیدہ ہیں جیٹیز
طور پر سرانجام دیتا ہے۔ یہ جسم کے لئے مرکزی ستون کا اور سر کے وزن کو سہارنے کے لئے
استوانہ کا کام دیتا ہے، اور دھڑکے اوپر کے اور نیچے کے حصوں کو ملاتا ہے پیلایاں اسی سے
چسپیدہ ہوتی ہیں۔ اس میں ان صدیوں میں جو جسم کے مختلف حصوں سے منتقل ہوتے
ہیں تخفیف کرنے کا خاصہ موجود ہے۔ اسی کی بدولت معتد بہ حرکتیں جو نہایت ہی پیچیدہ
ہیں ایک جیتز ایگز حد تک سرانجام پاتی ہیں۔ بل شوی کی گنجائش کے لئے یہ ایک ٹھوس
نئی کام دیتا ہے۔ آخر الامر یہ توازن کے انتہائی کمال پر دلالت کرتا ہے، کیونکہ

سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں فعال عضلات کے ایک نظام سے جو بین فقری قطعاً ایک دوسرے پر متوازن ہوتے ہیں، تمام ستون عجبر (sacrum) پر کھڑا ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک قاعدہ کا کام دیتا ہے، اور کھوپری اس پر نواج کی طرح رکھی ہے۔

اس کی بہت سی لمبک کا اور مختلف الاقسام قوتوں کو منتشر کر دینے کی طاقت کا انحصار اس کے محمول پر ہے۔ چار خموں میں سے دو یعنی نہری اور عجری ابتدائی ہوتے ہیں، اور صدی اور حوضی کہنوں کے بننے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کا انحناء فقرات کی شکل کی وجہ سے جن پر مشتمل ہوتے ہیں متقل ہوتا ہے۔ دو بے دونوں عنقی اور قطنی تنویضی خم ہوتے ہیں۔ اور ان کا زیادہ تر انحصار عضلات کے فعل اور میان فقری اقراص کی شکل پر ہوتا ہے۔ نہری اور عجری خم جنینی زندگی میں پیدا ہوتے ہیں۔ اور قطنی اور حوضی پیدائش کے بعد نمودار ہوتے ہیں جبکہ سیدھا کھڑا ہونا سیکھ جاتا ہے۔ شیرخوار بچہ کا عمود فقری سیدھا معلوم ہوتا ہے۔ کم عمر بچہ کی کمر میں صرف ایک ہی نمایاں خم ہوتا ہے، یہ عمومی عمود کا خلفی انحناء ہوتا ہے جو ستم (kyphosis) کی حالت ہے۔ جب شیرخوار بچہ پہلے پہل سیدھا بیٹھنا سیکھتا ہے تو عمود فقری بھی یہی خاک اختیار کرتا ہے۔ اور بعض کمزور بچوں میں اور خاک ان بچوں میں جو کساحت (rickets) سے مرض زدہ ہوں یہ انحناء اکثر بہت ہی نمایاں ہوتا ہے۔

بین فقری اقراص (intervertebral discs) تعداد میں تیس ہوتے ہیں اور عمود فقری کے طول کا تقریباً ایک چوتھائی حصہ انہی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اگر اقراص کو علیحدہ کر لیا جائے اور فقرات کو خشک حالت میں جوڑا جائے تو عنقی اور قطنی انحناء تقریباً غائب ہو جاتے ہیں۔ اور ستون میں صرف ایک ہی خم دکھائی دیتا ہے جس کا انقمار آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور جس کا نمایاں ترین حصہ خطہ نہری کے وسط سے عین نیچے کے حصہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ خم اس خم سے کہ سیدھا مشابہ ہوتا ہے جو بڑھوں کے عمود فقری میں دیکھا جاتا ہے، اور ان میں یہ زیادہ تر بین فقری اقراص کے سکرٹجانے سے پیدا ہوتا ہے۔

عمود فقری کی حرکتیں ایک بڑی حد تک انہی اقراص کی وجہ سے واقع ہوتی ہیں۔

اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ یہ انہی خطوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جن میں سب سے زیادہ حرکت واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کو لچک دینے اور مثلی فعل میں کفایت کرنے کے لئے یہ کمائیوں کا فعل سر انجام دیتے ہیں، اور ساتھ ہی ان صدموں کے اثرات میں تخفیف کرنے کے لئے جو عمود فقری میں منتقل ہوتے ہیں، حائلوں کا کام بھی دیتے ہیں۔ اکیلے اکیلے دو فقرات کے درمیان جو حرکت واقع ہوتی ہے وہ گویا وسیع نہیں ہوتی مگر عمود فقری میں بحالت مجموعی جس درجہ تک حرکت واقع ہو سکتی ہے وہ معتد بہ ہے اگرچہ جانبی حرکتیں اور خم کردگی اور ربط کردگی کی حرکتیں نہری خطہ میں محدود ہوتی ہیں مگر گردش کی حرکتیں آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس لئے التواء (scoliosis) اس خطہ میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آگے پیچھے کی حرکتیں (خم کردگی اور ربط کردگی) اور ایک طرف سے دوسری طرف کی حرکتیں (جانبی خم کردگی) عنقی اور نہری قطنی اور قطنی خطوں میں سب سے زیادہ آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے عمود فقری کا کمزور ترین مقام نویں نہری اور تیسرے قطنی فقرات کا درمیانی حصہ ہے۔ یہاں پر ایک طرف سے دوسری طرف کی اور پیچھے سے آگے کی حرکتیں نہایت آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس خطہ سے اوپر عمود فقری کو صدر سے سہارا ملتا ہے اور نیچے بین فقری اقراص زیادہ بڑے اور زیادہ مضبوط ہوتے ہیں اور سہارا دینے والے رباط اور عضلات بہتر نمایاں ہوتے ہیں۔

اس امر پر جہاں تک بھی زور دیا جائے کم ہے کہ کمر اور دھڑ کے عضلات ہی عمود فقری کو سیدھا قائم رکھنے کے لئے واحد عوامل ہیں۔ جو نہی ان کا عمل زائل ہوتا ہے عمود فقری کی استواری غائب ہو جاتی ہے اور اس میں ہبوط واقع ہو جاتا ہے عضلات کے چاروں گروہ جو عمود فقری پر عمل کرتے ہیں اس امر سے تعلق رکھتے ہیں اور وہ یہ ہیں:-
 باسطات (ناصبہ شوکیہ : erector spinæ) - قابضات (مخضیہ طولیہ، عضلات مختلف الاصلع، قطنیہ مربعہ) - جانبی قابضات (ناصبہ شوکیہ، قطنیہ مربعہ، عضلات موربہ داخلہ و خارجہ) - مدورات (عضلات موربہ داخلہ و خارجہ، عضلہ شوکیہ متعدد الجھص multifidus spinæ) - عضلہ شوکیہ نصفیہ (semispinalis) - اور عضلات مدورہ شوکیہ (rotators spinæ) - ان عضلات سے فقرات ایک دوسرے پر اپنے اپنے

بین فقراتی اقراس پر متوازن رہتے ہیں۔ رباطات ڈھیلے ہوتے ہیں اور مفصلی زائندوں کی سطحیں ایک دوسری سے صرف تھوڑی ہی سی جھوٹی ہیں۔ جب دیتھک سیدھے کھڑے ہونے سے عضلات میں خستگی نمودار ہونے کو ہوتی ہے تو کیفیت گردش اور جانبی خم کردگی عمل میں لانے سے کسی حد تک آرام مل سکتا ہے۔ اس سے مفصلی زائند سے ایک دوسرے سے مضبوطی سے مل جاتے ہیں اور رباطات کی قدر زنیہ ہو جاتے ہیں اور کسی قدر انفعالی سہارا مل جاتا ہے۔ مثال کے طور پر مدرسہ کے بچے کچھ عرصہ تک سیدھا بیٹھ کر ایک بازو ڈیسک پر رکھ لیتے ہیں اور جسم کو بیاں تک گھما دیتے ہیں کہ فقرات کسی حد تک استواری سے ثبت ہو جاتے ہیں۔ اس وضع میں عضلات کو آرام مل جاتا ہے لیکن اگر اس وضع کو کثرت سے اختیار کیا جائے تو عضلات کا فعل کمزور ہو جاتا ہے، اور عمود فقری میں ایک جزوی التوا (partial scoliosis) متقل طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔

675

التوا (scoliosis) - فقرات کے شوک جات قلیل التعداد اشخاص ہی میں نیچے تک عین سیدھے خط میں واقع ہوتے ہیں۔ ایک خفیف سا جانبی انحناء عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اگر حوض ایک جانب کو مرک جائے جیسا کہ جوارح کے طول کے غیر مساوی ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو ایک تعویضی جانبی خم پیدا ہو جاتا ہے۔ التوا (scoliosis) میں جانبی انحناء کے ساتھ فقرات کی گردش بھی اپائی جاتی ہے، ان کے شوکی زائندے انحنائے التوا کے قعر کی طرف پھرتے ہیں، اور ان کے جسم اس کے انحداب کی طرف۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اکیلے شوکی زوائد کی وضع کو خیال میں رکھنے سے اجسام فقرات کا جو انحراف منحنی جانب کی طرف کو ظاہر ہوتا ہے وہ ہمیشہ اس سے زیادہ ہوتا ہے۔ عام ترین خم وہ ہے جس کا انحداب دائیں جانب کو ہوتا ہے، اور چھوٹا تعویضی خم قطعی خط میں یا شاید گردن میں مخالف سمت میں ہوتا ہے۔ پسلیوں میں ثانوی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن سے دائیں جانب پر ان کے زائیدوں کے قریب ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لئے کٹیفی زاویہ بیجا طور پر نمایاں ہو جاتا ہے۔ سامنے کی طرف چھاتی کا بایاں حصہ نیچے کی پسلیوں میں زاویہ پیدا ہو جاتے اور ان کے ابھر آنے کی وجہ سے آگے کی طرف

نکل آتا ہے۔ یہ زمانہ ریمان کا مرض ہے، اور خاصکر لڑکیوں میں پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ شوکی عضلات کی کمزوری بھی پائی جاتی ہے۔

ہر ایک فقرہ کے تین بریم ہوتے ہیں ایک موخر (شوکی زائدہ)، دو جانبی (مستعرض زائدہ جو پسلیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں)۔ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) جانبی بریموں پر عمل کرتا ہے۔ عضلہ شوکیہ متعدد (multifidus spinæ) اور وہ عضلات جو بارہ اعلیٰ کے لئے ہوتے ہیں موخر بریم پر عمل کرتے ہیں۔ مناسب

ورزشوں سے ان عضلات کی تربیت کرنے سے فقرات کو ان کی طبعی وضع پر از سر نو قائم کیا جاسکتا اور برقرار رکھا جاسکتا ہے۔ پسلیاں مضبوط ترین شوکی بریم ہیں۔ جو ورزشیں عمود فقری کے تشوہات کی اصلاح کے لئے مقرر کی جاتی ہیں ان میں اس امر کا

خیال رکھنا چاہئے۔ تمام تنفسی عضلات ضلعی بریموں کے ذریعہ سے عمود فقری پر بالواسطہ فعل کرتے ہیں۔ اس لئے تنفسی ورزشیں وضعی نقائص کے علاج کے لئے موزوں ہیں۔

ڈاکٹر ہالس ڈیلی (Dr. Halls Dally) نے ثابت کیا ہے کہ تنفس کے جملہ اقسام میں اور خاصکر زور زور سے سانس لینے میں شوکی حرکات ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

676

عمود فقری کی موجیں (sprains of the vertebral column)۔ اس حصہ میں بہت سے جوڑوں اور رباطات کی موجودگی اور ان شدید حرکتوں کی وجہ سے جو اس میں پیدا ہو سکتی ہیں موجیں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر یہ ضررات زیادہ وسیع نہیں ہو سکتے کیونکہ فقرات فرداً فرداً اتنے قریبی طور پر جوڑے ہوتے ہیں کہ جو طاقت رباطات کی خفیف سی دریدگی پیدا کرنے کے علاوہ کوئی دوسرا ضرر پیدا کرنے کے لئے کافی ہو اس سے ان ہڈیوں کے کسریا خلع کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

موجیں عمود فقری کے عنقی اور قطنی قطعات میں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس تخصیص مقام کا انحصار ان قطعات کی حرکت پذیری اور ان کے اس

رجحان پر ہے جو ان میں اس چوٹ کو جو ان تک منتقل ہوتی ہے فشر کرنے اور اس لئے اسے زیادہ عمومی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ چوٹ

جتنی مختص المقام ہوگی اس کے موج کی نسبت کسریا خلع پیدا کرنے کا اتنا ہی زیادہ

امکان ہوگا۔

مزید برآں عنقی خط میں موج پیدا ہونے کا رجحان سر کے عمود فقری سے قریب ہی جڑے ہونے اور اس کی چوٹ کے شوک میں متقل ہو جانے کے امکان سے بڑھ جاتا ہے۔ جب سے رنجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال ایسی چوٹوں کی تشخیص کے لئے رائج ہوا ہے اس سے یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ بہت سے ایسے خراجات جن کو پہلے موجیں تصور کیا جاتا تھا، درحقیقت فقرہ کے جسم یا عصبی محراب (neural arch) کے کسور ہوتے ہیں۔

عمود فقری کی موجوں میں یہ ضروری نہیں کہ انکے ساتھ کدم (ecchymosis) کی خارجی علامات موجود ہوں، کیونکہ جلد اور عمود فقری کے درمیان نہ صرف عضلات کی بہت سی تہیں ہی شامل ہوتی ہیں بلکہ ردا کے کشیف پھیلاؤ بھی موجود ہوتے ہیں۔ کمزوری میں اکثر بہت سادہ اور کڑا پن پایا جاتا ہے جو ضرر کے فوری اثرات کے گذر جانے کے بہت عرصہ بعد تک موجود رہتا ہے۔ اس قسم کی حالت کی اس امر پر غور کرنے سے توجہ ہو سکتی ہے کہ عمود فقری میں علیحدہ علیحدہ مفاصل کی بہت سی تعداد پائی جاتی ہے جن میں سے ہر ایک میں غضروف اور زلابی غشا اور کیسی ربا ملات موجود ہوتے ہیں۔

بعض واقعات میں پانچویں قطنی فقرہ کے مستعرض زائیدے جسم ہوتے ہیں اور جب جسم کو جانبین پر حرکت دی جاتی ہے تو وہ عجز کے قاعدہ سے لمب جاتے ہیں (تبعج: sacralization)۔ ایسی حرکتوں کے ساتھ بعض اوقات درد پایا جاتا ہے اور یہ حرکتیں عمود فقری کے قطنی خط کی کمزوری کی بعض صورتوں کا باعث بھی ہوتی ہیں (گولڈتھوائٹ: Goldthwaite)۔

عمود فقری کے کسور اور خلوع - عمود فقری کو جو چوٹ پہنچتی ہے اس کے اثرات میں اس کی عمومی لچک، اور اس کے غموں، اور اس کے متعدد علیحدہ علیحدہ قطعات سے مرکب ہونے کی وجہ سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ ہر ایک فقرہ ساتھ کئے اوپر کے یا نیچے کے فقرہ سے تین نقاط تماس پر ملتا ہے، یعنی جسم اور زلابی زوائد

جسم بن فقری قرص سے ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں جو چوٹ کے اثرات کی ترمیم کرنے کے لئے ایک عمدہ کمافی یا حاملہ کام دیتا ہے مفصلی زوائد کم و بیش فائدہ مند ہوتے ہیں اور ایک کی پتلی کو دوسرے کے قاعدہ سے ملی ہوتی ہے۔ جب کبھی کسی ایسی قوت کا اثر جس کا رجحان فقرات کو ایک دوسرے پر مضبوط کرنے کی طرف ہو عمود فقری پر پڑتا ہے تو دو فانوں کے قاعدے ایک دوسرے سے زیادہ قریب ہو جاتے ہیں، اور اس طرح ضابطہ قوت کو زیادہ مزاحمت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

عمود فقری کے وہ حصے جن کو ضرر پہنچنے کا سب سے زیادہ احتمال مند رج ذیل ہیں :- (۱) اطلسی محوری (atlanto-axial) (۲) عنقی ظہری (cervico-dorsal) اور (۳) ظہری قطنی (dorso-lumbar)۔ اطلسی محوری خطہ کے حصوں میں نہ صرف معتد بہ حد تک حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ سر کی چوٹوں کی بہت سی سیس ان پر بہت بلا واسطہ اثر انداز بھی ہوتی ہیں۔ دوسرے دو خطوں سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ شوکہ کا ایک لچکدار حصہ مقابلۂ استوار قطعہ سے ملتا ہے۔ اور اس لئے جو قوت عمود فقری کے ان حصوں میں سے کسی ایک پر اثر کرتی ہے اسکے منتشر ہونے کی نسبت مرکز ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ قفس (sternum) اور سیلیاں عمود فقری کے ظہری حصہ کے لئے جبرہ کا کام دیتی ہیں۔ میکانیہ مذکور کی توضیح ایک طرح سے اس امر سے کی جا سکتی ہے کہ جب پھمیل کپڑے کی بنی تر تختی ہے تو یہ عام طور پر کسی جوڑ کے قریب سے ٹوٹتی ہے، یعنی ایسے مقام پر جہاں بنی کا لچکدار حصہ کم لچکدار حصہ سے ملتا ہے۔ مزید برآں ظہری قطنی خطہ میں اگرچہ فقرات کو اتنا ہی وزن برداشت کرنا پڑتا ہے جتنا کہ اعلیٰ قطنی خطہ کے فقرات کو مگر ان کی جسامت غیر متناسب طور پر چھوٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کے وسط کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے یہ بیرمیت کی کسی زبردست مقدار سے تمام اطراف پر متاثر ہو سکتے ہیں۔

عمود فقری کی تمام چوٹوں کے خطرناک ہونے کا انحصار جبل کو ضرر پہنچنے کے خطرہ پر ہے جو عمود فقری کے اندر بند ہوتی ہے۔ اس پیچیدگی کی عدم موجودگی میں اس خطہ کے کسور اور خلوع بخوبی درست ہو جاتے ہیں۔ اور اگر مریض زندہ رہے تو

قبل الذکر ضرات تقریباً ہمیشہ آسانی سے ٹھیک ہو جاتے ہیں۔

فقراتی قنال کے اندر جل کا محل اور اس کے اغشیہ کی ترتیب و امور ہیں جو چوٹ کے تضرر سے بچنے کے لئے بہت سی سہولتیں ہیا کرتے ہیں۔ جب بعد میں جل کا ذکر کیا جائے گا تو ان پر بحث کی جائے گی۔ تاہم یہاں اس امر کا ذکر کیا جاسکتا ہے کہ فقرات کی بناوٹ اور ان کا باہمی تعلق ایسے خواص ہیں جو ان حالتوں میں بھی جب کہ یہ خود بہت بڑی حد تک ضرر رسیدہ ہوں جل کی بہت سی محافظت کرتے ہیں۔ ”عمود فقری کے مرکز میں واقع ہونے کی وجہ سے یہ (جل شوکی) ان قوتوں کے لحاظ سے جن سے کسر پیدا ہو سکتا ہے اثر ناپذیر محل پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ یہ کائنات کا ایک قانون ہے کہ جب کوئی شہتیر (مثلاً عمارتی لکڑی کا) معرض شکست میں لایا جاتا ہے اور اس پر جو قوت اثر کرتی ہو وہ اس کی طاقت کے حدود سے زیادہ نہیں ہو تو اس کا ایک حصہ ضغط کی مزاحمت کرتا ہے اور دوسرا ذرات کی ردیگی کی اوتیر یعنی دونوں کے درمیان کا ایک منفی حالت میں رہتا ہے“ (جیکبسن : Jacobson، ہولمس : Holmes کا نظام)۔ اصل بات یہ ہے کہ عمود فقری کے کسور اکثر ایسی چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو عمود فقری کو آگے کی طرف کو جھکا دیتی ہے۔ ایسی حالت میں مقدم قطعہ پر ضغط اثر انداز ہوتا ہے، اور موخر پر ردیگی کا اثر پڑتا ہے، اور وسطی اثر ناپذیر حالت میں رہتا ہے۔ جب عمود فقری کا بغور معائنہ کیا جاتا ہے تو یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقدم حصہ جو عظیم الجسامت شبکی اجسام سے مرکب ہوتا ہے ضغط کے اثرات کو مزاحمت پیش کرنے کے لئے بخوبی متوافق ہوتا ہے، اور اس کے موخر حصے جو زیادہ چھوٹی اور زیادہ پیوستہ اجزا ہڈیوں سے مرکب ہوتے ہیں اور بہت سے مضبوط رابطات سے گھرے ہوتے ہیں ردیگی پیدا کرنے والی طاقت کی مزاحمت کرنے کے لئے بخوبی مرتب ہوتے ہیں۔ جل شوکی کے لئے جو ان دونوں حصوں کے درمیان واقع ہوتی ہے نہایت ہی کم خطرہ ہوتا ہے۔ فقرات میں کسر بغیر خلع کے واقع ہو سکتا ہے، لیکن خلع بغیر کسر کے شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔

درحقیقت ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عمود فقری کا خلع ہڈی کے کسر کے بغیر نہری

یا قطنی خطوں میں واقع نہیں ہو سکتا۔ جیکبسن (Jacobson) اس مضمون میں جس کا حوالہ ہم نے اوپر دیا ہے لکھتا ہے کہ ”میں یہ صحیح سمجھتا ہوں کہ ان سالوں میں قطنی یا ظہری فقرات کے خلع کا کوئی ایسا مندرجہ اور مکمل طور پر مصدقہ واقعہ نہیں ملا جو فقری جسم کے یا مستعرض یا مفصلی زائموں کے کسر کے بغیر ہو۔ مگر میں (سی۔ سی۔ چوائس) نے غالباً ایک ہی مثال واقعہ پر عمل کیا ہے جس میں دسویں اور گیارہویں ظہری فقرات کے درمیان خلع بغیر کسر کے واقع ہو گیا تھا۔ کچھ بلندی سے ایک بھاری تھیلا جھکے ہوئے آدمی کے کندھوں پر گر گیا تھا، اور جل پر دباؤ پڑنے کے علامات موجود تھے۔ عملہ کرنے پر گیارہویں فقرہ کے بالائی مفصلی رنچے دسویں فقرہ کے ورق کے آگے واقع ہونے کے بجائے اس کی پشت پر پائے گئے۔ رباطات میں بہت سی دریدگی باقی گئی مگر کوئی کسر معلوم نہیں ہوا۔

بہر حال عمود فقری کے غنقی حصہ میں خلع بغیر کسر کے پایا جاتا ہے۔ جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو پانچواں فقرہ ہی نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے جو اپنے اوپر کے بقیہ عمود فقری کے ساتھ آگے کی اور نیچے کی طرف کھل جاتا ہے۔ خلع بالعموم دو جانبی اور غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور سر کی اور عمود فقری کے بالائی حصہ کی آگے کی اور نیچے کی طرف کی جبری خمیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب یہ زیادہ اونچا واقع ہوتا ہے تو غیر وضعیت بلعوم میں سے امتحان کرنے سے بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ بدشکل بعض اوقات خفیف سی ہوتی ہے اور شو کی ضرر نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔ خلع کے لیول سے نیچے کا شلل بعض اوقات غیر مکمل ہوتا ہے جس سے عضدی ضغیرہ کو نقصان پہنچنے کی تشخیص کی جاسکتی ہے درآغا لیکہ ضرر حقیقتہً جل اور عمود میں پایا جاتا ہے (شیرن: Sherren) مکمل دو جانبی خلع میں جل بالعموم بہت بری طرح سے کھلی جاتی ہے۔ ان خلوع کی ترجیع جبری بسط کردگی سے کی جاسکتی ہے اگرچہ ایسی حالتیں جن میں یہ طریق کار قرین مصلحت ہوتا ہے نہ تو کثیر الوقوع ہیں اور نہ بہت نمایاں طور پر واضح ہی ہوتی ہیں۔

چونکہ شدید ضربات میں خلع اور کسر عام طور پر لکھے واقع ہوتے ہیں اس لئے ان ضربات کا ذکر کسری خلع (fracture-dislocation) کے عنوان کے تحت کیا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور بعض اوقات بلا واسطہ سے۔

(۱) بالواسطہ ضرب سے پیدا شدہ چوئیں بے حد کثیر الوقوع ہیں۔ یہ کسر یا عمود فقری کے محل ضرر سے اوپر آگے یا نیچے کی طرف بہت زور سے ٹھمدہ ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ چنانچہ عمود فقری اٹھلے پانی میں سر کے بل جھلانگ مارنے سے ایک سے زیادہ مرتبہ شکستہ ہو چکا ہے۔ یہ حوادث جنگ عظیم کے پہلے موسم گرما میں خاص طور پر کثیر الوقوع تھے جبکہ زیر تربیت برطانوی سپاہی ایسے اٹھلے چشموں میں نہاتے تھے جن کے متعلق انھیں واقفیت نہیں ہوتی تھی۔ تمام واقعات میں خلع عنقی خطہ کے زیرین حصہ میں واقع ہوا جہاں عمود فقری کا لچکدار عنقی حصہ اس کے زیادہ استوار نہری قطعہ سے ملتا ہے۔ کئی ایک واقعات میں موت بہوش مریض کو بے احتیاطی سے اٹھانے سے واقع ہوئی کیونکہ اس حالت میں جل کا عنقی حصہ ایسی حرکتوں کے دوران میں جو بے احتیاطی سے کی گئیں غیر محفوظ اور ضرر کے لئے معرعتھا۔

گردن کی پشت پر بھاری تھیلیا گرنے سے عمود فقری کے حد سے زیادہ جھکا جانے سے نہری فقرات کسور ہو چکے ہیں، اور اپنی جگہ سے ٹل چکے ہیں چوٹ کی یہ قسم عنقی اور بالائی نہری خطوں میں نہایت کثرت سے پائی گئی ہے۔ عمود فقری کے ان حصوں میں بہت سی حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ جن اجسام سے یہ حصے مرکب ہوتے ہیں وہ بڑے نہیں ہوتے اور سر پر چوٹ لگنے سے متاثر ہو جاتے ہیں۔ بخوبی نمایاں واقعات میں ماؤف فقرات کی مقدار کچلے جاتے ہیں، اور جو بدشکلی عام طور پر واقع ہوتی ہے اس کا انحصار اوپر کے مرکز سینہ (centrum) کے نیچے کے مرکز سینہ پر نیچے کی اور آگے کی طرف پھسلنے پر ہوتا ہے۔ کوئی سے دو فقرات کی مکمل غیر وضعیت منورزوائد کے ایک دوسرے پر حجم جانے کی وجہ سے باز رہتی ہے۔ بعض واقعات میں خلع مکمل ہوتا ہے، اور یہ حالت عمود فقری کے قطعی حصہ میں نہایت ہی قلیل الوقوع ہے۔

عنقی اور نہری خطوں میں خلع کے بعد حصے اکثر اپنی طبیعی وضع پر از سر نو قائم کئے جاسکتے ہیں۔ مگر مثلب میں ان کو اصلی وضع پر از سر نو لانا بالعموم ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ بڑے بڑے مضبوط مفصلی زائیدے ایک دوسرے سے پیوست ہو جاتے ہیں۔

گردن میں ورقہ جات اور شوک جات بعض اوقات کسور ہو جاتے ہیں مگر

مفصلی زائده جو عریض اور تقریباً افقی ہوتے ہیں اس حالت میں بھی جبکہ حصوں میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہو چکے جاتے ہیں۔ عمود فقری کے ٹھہری حصہ میں ورقہ جات اور مفصلی زوائد غیر وضعیت واقع ہونے کی صورت میں ہمیشہ علحدہ ہو جاتے ہیں۔ تقنی حصہ میں مفصلی زوائد اکثر کسر سے بچ رہتے ہیں گویہ ایک دوسرے سے بہت بری طرح سے دور ہٹ جاتے ہیں۔ تمام واقعات میں بین فقری اقراص کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور فوق شوکی اور بین شوکی اور کیسی رباطات اور زیر اصغری رباطات (ligamenta subflava) بھی پھٹ جاتے ہیں۔ جب اجسام بہت کچلے جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے دور ہٹ جاتے ہیں تو مقدم اور موخر مشترک رباطات بالعموم مشق ہو جاتے ہیں۔

(ب) بلا واسطہ چوٹ سے جو کمری خلوع (fracture-dislocations) واقع ہوتے ہیں ان میں ضرر عمود فقری کے کسی حصہ پر بھی پایا جاسکتا ہے۔ کمری کمری قسم کی بلا واسطہ چوٹ لگنے پر عمود فقری چوٹ کے مقام پر پیچھے کی طرف جھک جاتا ہے۔ تضررات کی سابق الذکر قسم میں یہ معلوم ہو گیا ہوگا کہ فقرات کے مقدم قطعات پر ضغط اثر انداز ہوتا ہے اور موخر قطعات پر دریدگی اور انفصال اجزا کا اثر پڑتا ہے۔ بلا واسطہ چوٹ سے جو تضررات واقع ہوتے ہیں ان میں چوٹ کی حالت بالکل عکس ہوتی ہے۔ موخر قطعات دب کر کچلے جاتے ہیں۔ اور فقرات کے اجسام جو عمود کے سامنے کی طرف واقع ہوتے ہیں علحدہ ہو جاتے ہیں۔

اس قسم کے حادثہ میں زیادہ غیر وضعیت بہت شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ فقرات میں علحدگی پیدا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ چوٹ نہایت ہی شدید ہو اور عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ اسکی قوت شوکی قطعات کے موخر حصوں کے کچلنے ہی میں صرف ہو جاتی ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بلا واسطہ چوٹ سے پیدا شدہ تضررات میں بالواسطہ چوٹ سے پیدا شدہ تضررات کی نسبت جمل کا تضرر قلیل الوقوع اور کم شدید ہوتا ہے۔

اطلسی محوری خط میں اطلس اور قذالی ہڈی بلا واسطہ چوٹ سے ایک دوسرے سے مخلوع ہو چکے ہیں، گو نہایت کثیر الوقوع ضرر قبل الذکر کا خلع ہے جو محور پر واقع ہوتا ہے اس ضرر کے ساتھ تسمی زائده (odontoid process) کا کسر ہمیشہ نہیں مگر عام طور پر

پایا جاتا ہے۔ اطلس کا مستعرض زائده زائده حلیہ اور جڑے کے درمیان محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ یہ لمبھی وضع پر ہو (ای کارنر : E. Corner)۔

شوکی زائده سے ایسے ضربات سے جو بخوبی مختص المقام ہوں، یا دفعۃً بار پڑنے سے، یا عضلی فعل سے پیدا شدہ انقباضات سے شکستہ ہو سکتے ہیں عمود فقری کے عمقی خط کے زیرین حصہ کے نمایاں شوکے اور ظہری خط کے طویل زائده سے اکثر اس ضرر سے متاثر ہوتے ہیں۔ قطنی شوکے اتنی کثرت سے کمسور نہیں ہوتے کیونکہ نسبتاً چھوٹے اور کمر کے عضلات سے بخوبی محفوظ ہوتے ہیں۔

جب تینہ شخص میں مدد حاصل کرنے کے لئے لاشعاعوں کا استعمال شروع ہوا ہے یہ معلوم ہوا ہے کہ گرنے اور فوری عضلی جہد سے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کا کسر قلیل الوقوع نہیں۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ضلعی زائده کا پہلے قطنی فقرہ سے چسپیدہ ہونا کوئی غیر معمولی امر نہیں۔ قطنی پسلی (lumbar rib) — چنانچہ ایسی حالت سے مستعرض زائده کے کسر سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت زور لگانے میں مثلاً کمر پر بھاری بوجھ اٹھانے یا اٹھا کر لے جانے میں عضلہ خصریہ (psaos) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) قطنی فقرات کے مستعرض زوائد میں جن سے یہ چسپیدہ ہوتے ہیں بعض اوقات حقیقتہً کسر واقع کر دیتے ہیں۔

کسری خلع (fracture-dislocation) اور اکیلے کسری بعض حالتوں میں رتول (laminæ) اور شوکی زائدوں کا جزوی استیصال کیا گیا ہے (ورقہ برداری : laminectomy) اس طریقہ سے قنال شوکی آزادانہ طور پر کھولی جاسکتی ہے اور منصب خون کو نکل جانے دیا ہے اور جبل دباؤ سے آزاد کی جاسکتی ہے۔ ورقے حتی الامکان مستعرض زائده کے پاس سے کاٹے جاتے ہیں۔ اور لوج دار زیر اصغری رباطات (ligamenta subflava) کو احتیاط سے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عمود فقری تک وسطی شکاف میں سے رسائی کی جاتی ہے، اور بڑے بڑے عضلی تودے طرفین پر شوکی زائدوں اور ورقوں سے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں۔ چونکہ

زخم تقریباً وسطی ہوتا ہے اس لئے جریان خون مفراط نہیں ہوتا۔ وریدوں کا فطری شوکی نصفیہ شوکوں کے ساتھ ساتھ اور ورقوں کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ ورقوں کی عینتی سطح پر موضعی شوکی وریدیں واقع ہوتی ہیں۔

یہ عملیہ ایسے شلل کے واقعات میں جو جبل پر اپنی جگہ سے ٹلی ہوئی ہڈی کا دباؤ پڑنے سے پیدا ہوا ہو، یا عمود فقری کی بوسیدگی (پاٹھ کے مرض: Pott's disease) میں جبل کے تدریجی اریجی بافت یا ارتشاحات سے دبنے سے نمودار ہوا ہو، کامیابی سے سرانجام دیا جا چکا ہے۔ بہر حال یہ ضرور معلوم ہو جانا چاہئے کہ موثر الذکر قسم کے عارضہ میں از خود شفا یا بھوجانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔

باب بست و ہشتم

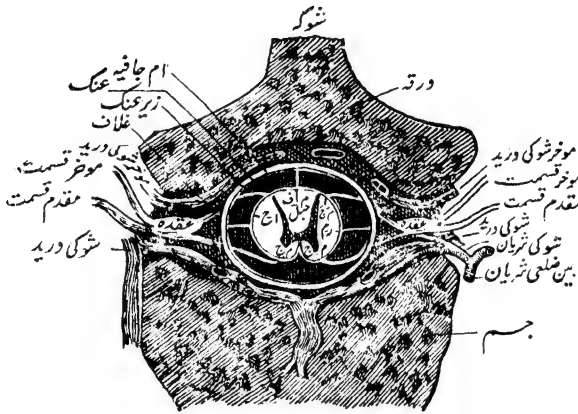
جبل شوکی

(THE SPINAL CORD)

جبل شوکی (spinal cord) بانوں میں تقریباً ۱۸ انچ لمبی ہوتی ہے، اور سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین ماسٹوئید سے لیکر پہلے قطنی فقرہ کے جسم کی زیرین کوڑ تک پھیلی ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں اور خاص کر بچوں اور لڑکوں میں یہ دوسرے بلکہ تیسرے قطنی فقرہ پر ختم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں آخری ٹھہری فقرہ پر۔ یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کی خمیدگی کے دوران میں جبل ذرا اوپر اٹھ جاتی ہے۔ جب جسم کو خمیدہ کیا جاتا ہے اور بازو باہر کی طرف کو پھیلا دئے جاتے ہیں تو اس کا قطنی حصہ ۱۰ ملی میٹر اوپر اٹھ جاتا ہے۔ جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں تمام فقری نال نخاع شوکی سے شروع سے لیکر اخیر تک پُر ہوتی ہے، لیکن تیسرے مہینے کے بعد نال او قطنی اور عجزی اعصاب جبل کے مقابلہ میں اتنی تیزی سے بڑھتے ہیں کہ بوقت پیدائش یہ تیسرے قطنی فقرہ سے متجاوز نہیں ہوتی۔ یہ ظاہر ہے کہ چوٹوں کے سلسلہ میں یہ امر بہت مفید ثابت ہوتا ہے کہ جبل شوکی فقری ستون کے اس حصہ میں موجود نہیں ہوتی جو اسٹوڈ کے قاعدہ سے ملا ہوا ہے، اور جس میں نہ صرف معتد بہ حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ

اس کے موڑے جانے اور اس پر بار پڑنے کا بھی احتمال ہوتا ہے۔ ام جافیہ (dura mater) عکبوتیہ (arachnoid) اور دماغی نخاعی سیال کا اجتماع ہے۔ کے تیسرے کڑے تک پھیلے ہوئے ہیں (شکل ۱۶۰)۔ لہذا عمود فقری کی وہ چوٹیں جو اتنی نیچی لیگیں جتنا نیچا کہ موخران ذکر مقام ہوتا ہے اسحیہ میں التهاب پیدا کرنے سے ہنک ثابت ہو سکتی ہیں۔ جبل نہری خط میں ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۰ ملی میٹر اور مقدم موخو رخ میں ۸ ملی میٹر ہوتی ہے۔ عنقی کلانی پانچویں اور چھٹے عنقی فقرہ کے بالمقابل سب سے بڑی ہوتی ہے

685



شکل ۱۵۹۔ جبل شوکی، اغشیہ، اور شوکی قنال میں سے گزرتی ہوئی تڑا۔

م۔ ج۔ مقدم جڑ کے مبدا پر۔ م۔ ج۔ موخو جڑ کے مبدا پر۔ م۔ ف۔ موخو فاصل۔ ل۔ ح۔ ام جافیہ۔
ر۔ م۔ رباط مسنن۔ عکبوتیہ (عنک)، ام جافیہ اور زیر عکبوتی فضاں ہر کی گئی ہے۔

جہاں اس کی پیمائش ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے۔ قطنی کلانی کا سب سے بڑا حصہ بارہویں فقرہ کے مقابل ہوتا ہے جہاں اس کی جانبی پیمائش تقریباً ۱۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔

شوکی ام جافیہ (spinal dura mater) مضبوط اور دبیز غشا ہوتی ہے۔

اور اس کے اور فقری قنال کی دیواروں کے درمیان ایک کافی عریض فضا پائی جاتی ہے جس میں ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت اور ویدوں کا ایک ضفیہ پایا جاتا ہے (شکل ۱۵۹)۔ یہ غشا لوجدار ہوتی ہے اور جب جیل کسی کھل دینے والی قوت سے مکمل طور پر کٹ جاتی ہے تو اس کو بعض اوقات ضرر نہیں پہنچتا۔ یہ آسانی سمجھ میں جا چکا کہ عمود فقری کو چوٹ لگنے سے اسجیہ میں جو ضرر اور التهاب واقع ہوتا ہے وہ اس قسم کی ان پیچیدگیوں کی نسبت جو کھوپری کی چوٹوں کے بعد پیدا ہوتی ہیں بہت قلیل الوقوع ہوتا ہے۔ نخاعی ام جافیہ کے ڈھیلے پن سے، اور اس کے ہڈی کی چسپیدگی سے جو کہیں کہیں پائی جاتی ہے اور خفیف سی ہوتی ہے آزاد ہونے سے، اور اس کے ارد گرد کی فضا سے، جس میں انعبابات محدود ہونے کے امکان کے بغیر پھیل سکتے ہیں، عمود فقری میں ان پیچیدگیوں کے نادر الوقوع ہونے کی توجیہ ہو جائے گی جو کھوپری کے اندر ام جافیہ کے سلسلہ میں ہڈی کے دب جانے اور پیپ اور خون کی وعابدریاں واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔

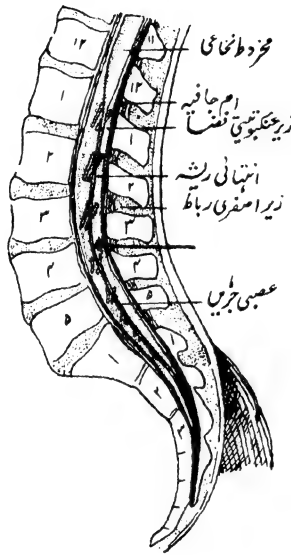
686

باریک دیواروں کی ویدوں کا وہ ضفیہ جو اس غلاف اور ہڈیوں کے درمیان واقع ہوتا ہے بعض اوقات عمود کی چوٹ میں وسیع زرف کا منبع ثابت ہوتا ہے۔ جو خون اس طرح نکلتا ہے اس کا رجحان تجاذب سے قنال کے زیر ترین حصہ میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اور جب یہ کافی مقدار میں ہوتا ہے تو جیل نخاعی پر دباؤ پڑنے کے اثرات پیدا ہو جاتے ہیں۔

فقرات کی موخو جانب پر محرابوں کے اوپر عروق کا ایک ضفیہ موجود ہوتا ہے (ظہری شوکی ویدیں) جو کہ کے عضلات اور اس کی پوششوں سے خون وصول کرتا ہے۔ یہ عروق زیر اصفری (subflava) رباطات میں سے گذر کر شوکی قنال کے اندر کے ویدی ضفیہ سے ربط پیدا کرتے ہیں، اور اس ربط کے ذریعہ سے التهاب باہر سے جس کے غلاف میں منتقل ہو سکتا ہے۔ چنانچہ نخاعی التهاب سمایا (spinal meningitis) ان گہرے بتری قروح اور تغنیعی عوارض سے پیدا ہو چکا ہے جو شوکی ورقوں کے بالکل قریب واقع تھے۔

ام جانیہ میں کھوپری کے اندر دو فضاں ہوتی ہیں تحت جانی (subdural) اور زیر عنکبوتی (subarachnoid) (دیکھو صفحات 41 و 42)۔ چونکہ عنکبوتی (arachnoid) ام جانیہ سے قریبی طور پر ملا ہوتا ہے اس لئے تحت جانی فضا محض ایک فضا بالعموم ہوتی ہے۔ مگر زیر عنکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے (شکل ۱۵۹ اور ۱۶۰) اور اس میں دماغی نخاعی سیال بھرا ہوتا ہے جو جبل کو گھیرے ہوتا ہے۔ یہ فضا دماغ کے

687



شکل ۱۶۰۔ عمود فقری کے زیرین حصہ کی عمودی تراش جو زیر عنکبوتی فضا کے محل اور اس کی وسعت کو ظاہر کرتی ہے۔
تیر قطنی کچھ کے کے مقام کو ظاہر کرتا ہے۔

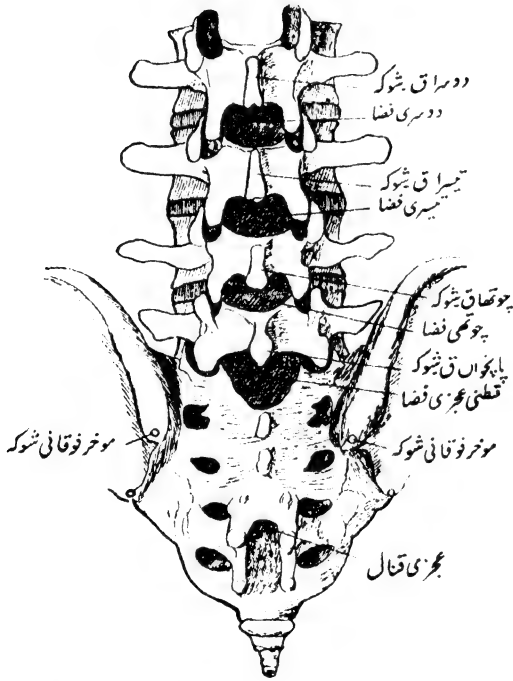
قاعدہ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے مسلسل ہوتی ہے (شکل ۱۱ صفحہ 42)۔ اس کھلے ربط کے ذریعہ سے انتہائی عوارض جبل سے دماغ تک آسانی پھیل سکتے ہیں۔ ان فضاؤں میں

چوٹ لگنے پر بعض اوقات خون و عا بدر ہو جاتا ہے۔

خلافت کے کسی زخم سے کٹ جانے کی حالت میں دماغی نخاعی سیال (cerebro-spinal fluid) بڑی بڑی مقداروں میں بہ چکا ہے۔ اس سیال میں طبعی طور پر ۵۰ فی صدی البیومن ہوتی ہے، لیکن اگر اغشیہ ملتبہ ہوں تو اس کی مقدار اس سے دوگنا ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں اس سیال کا دباؤ اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالتوں میں یہ سیال کسی دباؤ کے زیر اثر بھی جو گرد و نواح کی وریڈوں سے زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (Hill : اہل)۔ لیٹنے کی حالت میں اس دباؤ کو پانی کا ۲ انچ لمبا کالم برداشت کرنا چاہئے۔ اور کھڑے ہونے کی حالت میں ۴ تا ۸ انچ کا۔ ہر عضبی جہد پر جیسا کہ کھانسنے میں یا زہیر کے لئے دفعۃً کوشش کرنے میں دروں نخاعی وریڈیں مسح ہو جاتی ہیں اور دماغی شوکی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ مرض میں لیبا و طبی دباؤ سے دس گنا زیادہ ہو جاتا ہے۔ اس دباؤ کو قطنی کچھو کے (lumbar puncture) سے کم کیا جاسکتا ہے جو ۸ تا ۱۰ سنٹی میٹر لمبی سوئی عمود فقری کے قطنی حصہ پر زیر عنکبوتی فضا میں بھونکنے سے لگایا جاتا ہے۔ تیسرے اور چوتھے قطنی شوکوں کے درمیان عین خط وسطیٰ پر ایک نقطہ منتخب کر لیا جاتا ہے کیونکہ یہاں میان ورقی فضا میں عریض ترین ہوتی ہیں، اور اس حالت میں جانی نقطہ منتخب کرنے کی نسبت عروق خون اور اعصاب کی جڑوں کو نقصان پہنچنے کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ چوتھا قطنی شوکہ آسانی سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ کیونکہ یہ جرتفی عروق کے بلند ترین نقاط کے لیول پر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۶۱)۔ جب عمود فقری کو آگے کی طرف جھکا دیا جاتا ہے تو بین ورقی فضا بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لہذا مریض کو کروٹ دلا کر خمیدہ کر دیا جاتا ہے، یا اسے بٹھا کر آگے کی طرف کو جھکا دیا جاتا ہے۔ بمنزل کی نوک ناف کے رخ میں بھونک دی جاتی ہے (فلکٹ : Flack)۔ سوئی زیر اصفری رباط میں سے ورتوں کے درمیان سے گزر جاتی ہے۔ اگر دباؤ طبعی سے بہت کم ہو جائے تو تشنجات شروع ہو جاتے ہیں۔ اس لیول پر جیل زخمی نہیں ہو سکتی لیکن بعض اوقات سوئی زیرین عصبی جڑوں میں سے کسی ایک میں سے گزر جاتی ہے جس سے جارحہ سہل کے عضلات میں جھٹکے شروع ہو جاتے ہیں۔

شوکی بے حسی درد (spinal analgesis) قطنی کچوکا (lumbar puncture) لگانے کے نقطہ پر زیر عنکبوتی فضا میں سٹوون (stovaine) یا اسکی متجانس اشیا کا اشتراک کرنے سے پیدا کی جاتی ہے۔ جب تک کہ مینل نکالنے پر دماغی نخاعی مریا نگی میں سے آزادانہ طور پر نہ بہنے لگے اشتراک نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ جب تک ایسا نہ ہوگا نگی زیر عنکبوتی فضا میں نہ ہوگی۔ بالعموم ۲۰ تا ۳۰ ملےب سنٹی میٹر سیال نکالا جاتا ہے

689



نشل ۱۶۱۔ قطنی میاں ورقی فضاؤں کی تصویر جو چوتھے قطنی شوک کے

محل کو ظاہر کرتی ہے۔

م۔ ف۔ ق۔ مؤخر فوقانی شوک۔

اور اس کی جگہ سیال یا مصل کی اتنی ہی مقدار داخل کر دی جاتی ہے۔ دماغی مضبوطی کی حالتوں میں اگر سیال دفعۃً باہر نکال دیا جائے تو سوراخ کبیر میں نخاع مستطیل اور دماغ کے کاگ کی طرح ٹھس جانے کا خطرہ ہوتا ہے، اور اس طرح یہ مضبوط اور عظیم الدم ہو جاتے ہیں، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے۔ سیر بارک (Mr. Barker) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ چیت لیٹنے کی حالت میں زیر عنکبوتی فضا کا زیرین حصہ وسطی ظہری خط میں واقع ہوتا ہے۔ اور اس لئے اگر کوئی ایسا سیال جس کی کثافت اضافی دماغی نخاعی سیال کی کثافت اضافی (۱۰۰۷) سے زیادہ ہوتوئی خط میں

690



شکل ۱۶۲۔ نخاعی مخروط، انتہائی ریشہ، اور شوکی اغشیہ کی ارتعاشی انتصابی تراش۔

بدریغہ اشرب داخل کر دیا جائے تو اس کا رجحان تجاذب کے زیر اثر اسی حصہ میں جمع ہو جانے کی طرف ہوگا۔ مریض کے کندھوں کو اونچا اور نیچا کرنے سے معدم حس کے انتشار کی رفتار کو معتد بہ حد تک منظم کیا جاسکتا ہے۔ سٹوون (stovaine) کے اثرات سٹرکینین (strychnine) سے ملا کر بالائی ظہری اور عینتی غلوں میں بین ورقی فضاؤں میں سے کئے گئے ہیں (جونیسکو Jonnesco) جن کے لئے عمود فقری کو ان کی زیادہ سے زیادہ بسط کردگی حاصل کرنے کے لئے جھکا دیا جاتا ہے۔ گریہ طریق کار خطرناک ہے۔

جبل کا محل وقوع ایسا ہے کہ شکافہ (incised) اور کچھ کے دُ (punctured) زخموں کی رسائی اس تک آسانی سے نہیں ہوتی۔ جن مقامات پر اس تک آسانی رسائی ہو سکتی ہے وہ صرف طلس اور قذال اور طلس اور محور کے درمیانی حصے ہیں۔ ان محلات پر جبل کے ہلکے زخموں کے پائے جانے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ عمود فقری کے زیرین حصہ میں اگر زخم کا ایک خاص رخ ہو تو وہ نخاعِ شوکی تک پہنچ سکتا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ کی اطلاع دی گئی ہے جس میں ایک نوکدار چتر جو نیچے سے اوپر کی طرف کو داخل کی گئی تھی نویں اور دسویں ٹھہری فقرات کے درمیان قتال میں گھس گئی تھی۔

تلوار اور سنگین کے زخموں سے جبل کے زخمی ہونے کی کئی ایک مثالیں درج کی جا چکی ہیں۔ مگر ان مثالوں میں سے اکثر میں زخم کے ساتھ محافظ ہڈی کا کوئی نہ کوئی کسر بھی موجود تھا۔ بندوق کی جدید نمونہ کی تیز رفتار گولیاں جبلِ شوکی میں داخل ہو کر نہ صرف انہی ساختوں کو جو اس کے عین راستہ میں واقع ہوتی ہیں بلکہ دور کے حصوں کو بھی بہت نقصان پہنچاتی ہیں۔ ایسی گولیاں جب دماغی نخاعی کہن میں — جو ایک بند کہن ہے — داخل ہوتی ہیں تو دھماکے کا سا اثر پیدا کرتی ہیں جس سے اس بند نفا میں نزفات پیدا ہو جاتے ہیں اور تمام حصے کوفتہ ہو جاتے ہیں۔

691

امِ حنوبہ (pia mater) جبل کے لئے ایک قوتِ رساں غلاف ہے۔ شریا قبل اسکے کہ اسکے جسم کو رسد پہنچانیکے لئے اس پر نفل ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ فقری، بینظمی، قطنی، حرقطی قطنی، اور جانبی عجزی شریا میں عصبی جڑوں کے ساتھ ساتھ شائع بھیجتی ہیں۔ ارتجاجِ جبل (concussion of the cord)۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ کمر کی بعض چوٹوں کے بعد علامات کا ایک سلسلہ جو عام طور پر شدید اور چیدہ قسم کا ہوتا ہے نمودار ہوتا ہے۔ اور یہ جبلِ نخاعی کے ارتجاج یا اسکے ہل جانے (shaking) سے منسوب کیا جاتا ہے۔

ان چوٹوں سے یہ قیاس کیا جاتا ہے کہ جب جبل کو کوئی فوری صدمہ پہنچتا ہے تو اس میں چھوٹے چھوٹے نزفات واقع ہو جاتے ہیں جن سے اس کے فعل میں کم و بیش

شدید اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت کا موازنہ ارتجاج دماغ سے کیا جا چکا ہے گو یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ ارتجاج جبل کی جو علامتیں اکثر تسلیم کی جاتی ہیں وہ خواص میں ان علامتوں سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں جو کسی ایسے عضو کے اسی قسم کے تضررات میں جو اس سے زیادہ پیچیدہ ہو دیکھنے میں آتی ہیں۔

جبل شو کی اپنی عظمی قنال میں لٹکی ہوئی یا معلق ہوتی ہے، اور اس قنال کی دیواروں سے تمام اطراف پر ایک معتدبہ وقفہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ یہ فی الحقیقت صرف ان عصبی تنوں کے ذریعہ ہے جو اس میں سے بین فقری سوراخوں کے راستہ سے باہر نکلتے ہیں اور ان تعلقات کے ذریعہ سے جو غلافات کے ساتھ ہوتے ہیں، اپنے محل پر قائم رہتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ دماغ کے اس حصے سے ملی ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال کے کھال ترین درون مجھی اجتماع پر واقع ہوتا ہے (صفحہ 42) اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کھوبری میں دماغ کی جو شدید ترین حرکتیں ممکن ہو سکتی ہیں وہ جبل شو کی تک بہت کم دور ہو کر منتقل ہوتی ہیں۔ مزید برآں غلافات کے اندر جبل تمام اطراف پر ایک نضاسے گھری ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال سے پُر ہوتی ہے۔ اس لئے یہ سمجھنا مشکل ہے کہ ایک ساخت جو اتنی محفوظ ہے اس میں ایسے صدمہ سے جو جسم کو پہنچا ہو کس طرح اتنا شدید خلل پیدا ہو سکتا ہے کہ اس میں شدید اور مترقی فقدانِ محل ظاہر ہو جاتا ہے۔ جبل درحقیقت کسی حد تک ایک مُرنفہ (caterpillar) کی طرح ہے جو پانی کے چھوٹے سے شیشہ میں تانگے سے لٹکا ہو۔ اس قسم کے کیڑے کے اندر دوفی نظام میں بہت شدید چوٹ کے علاوہ کسی دوسری چوٹ سے مستقل طور پر خلل پیدا کرنا (خواہ اس کی ساخت اتنی اولیٰ و اعلیٰ ہی کیوں نہ ہو جتنی کہ جبل کی ہوتی ہے) شانہ مشکل ہے۔

جبل کے تضررات۔ عمود فقری کے کسور اور ضلع کے خطرناک ہونیکا انحصار اس تضرر کی مقدار پر ہے جو جبل کو پہنچا ہو۔ ان حادثات میں مضروب فقرہ کا کچھ حصہ اکثر نخاعی قنال میں تحلیل کر آتا ہے جس سے اس کے اندر کے نازک عصبی مرکز پر دباؤ پڑتا ہے یا وہ کچلا جاتا ہے۔

یہ کہنا بے سود ہے کہ جبل نہایت ہی نرم ہوتی ہے اور اس لئے ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ یہ چوٹ سے اغشیہ کو محسوس طور پر نقصان پہنچنے کے بغیر مکمل طور پر پوٹ جائے۔ ایک واقعہ ہے کہ کسری خلوع میں غلاف کی دریدگی غیر معمولی ہوتی ہے۔ اور جبل کا کسی ایک مقام پر متناظر اغشیہ کی دریدگی کے بغیر مکمل طور پر کچلا جانا ممکن ہے۔

اس میں کچھ شبہ نہیں کہ جبل کو جو نقصان پہنچتا ہے وہ حادثہ کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ لیکن دوسرے امور کے مساوی ہونے کی حالت میں جبل، عنقی اور ظہری قطعات کے کسری خلوع میں قطعی قطعہ کے اسی قسم کے ضرات کی نسبت زیادہ شدید طور پر نقصان رسید و پائی جائے گی۔ طلسی محوری خط میں ان دونوں ہڈیوں کے ایک دوسرے سے مخلوع ہونے کی حالت میں غیر وضعیت کی جو مقدار ظاہر ہوتی ہے اس سے جبل قاعدہ شدید طور پر کھلی جاتی ہے، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے، جیسا کہ ان واقعات میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں موت پھانسی سے واقع ہوئی ہو۔ ستون کے عنقی اور بالائی ظہری قطعات میں فقرات کے اجسام چھوٹے ہوتے ہیں، عمود فقری حرکت پذیر ہوتا ہے، اور ان حصوں میں جو کسور پائے جاتے ہیں وہ بالعموم بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ مزید برآں ظہری خط کے زیرین حصہ میں عمود فقری کی نسبتاً زیادہ استواری کی وجہ سے غیر وضعیت کے (جب کبھی بھی یہ واقع ہوتی ہے) معتدبہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قطعی خط میں جبل صرف پہلے فقرہ کے زیرین کنارہ تک ہی پہنچتی ہے۔ نیز فقرات کے اجسام اس خط میں بہت بڑے اور شکنی ہوتے ہیں اور غیر وضعیت کی متناظر مقدار کے بغیر ایک بہت بڑی حد تک کچلے جاسکتے ہیں۔ نیز یہ حصہ بڑے بڑے دروں فقری اقراص اور عضلات کے بڑے بڑے تودوں سے جو عمود کے ارد گرد منصب میں واقع ہوتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتا ہے۔ جبل شکو کی یہ حصہ جو قطعی خط تک چلا آتا ہے ذنب الفرس (cauda equina) کے بہت سے اجال کی وجہ سے بھی جن کا رجحان اپنے ذیل پرن اور اضافی لوج کی وجہ سے چوٹ کو اقل بنانے کی طرف ہوتا ہے محفوظ رہتا ہے۔

ٹہری کی غیوضیت کی وہ مقدار جس سے دباؤ کے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اکثر اس مقدار سے زیادہ ہوتی ہے جو فرض کی جا سکتی ہے۔ امتحانات بعد الموت پر ایسے واقعات میں بھی جن میں جل کو نقصان پہنچنے کی کوئی شہادتیں دوران زندگی میں موجود نہیں تھیں ضرر سبب فقرات کے حصے شوکی قتال میں معتد بہ حد تک مداخلت کرتے ہوئے پائے گئے ہیں۔ جس حیرت انگیز طریقہ سے جل آہستہ آہستہ بڑھنے والے دباؤ سے موافقت پیدا کر لیتی ہے وہ اکثر عمود فقری کے مزمن عظمی امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ جو علامات شوکی قتال کے اندر کی جل اور اعصاب کو نقصان پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں ان کا انحصار ضرر کے محل اور اس کی وسعت پر ہوگا۔ ضرر کے تحمل کی شخصیت ان تعلقات کی وجہ سے جو اعصاب کو مختلف فقرات سے ہوتے ہیں اور نیز اس امر سے پیچیدہ ہو جاتی ہے کہ بہت سے بڑے بڑے اجبال ان مقامات کے اوپر سے پیدا ہوتے ہیں جن پر یہ فقری قتال میں سے نکلتے ہیں۔ دونوں بلند ترین اعصاب یعنی پہلا اور دوسرا عنقی عصب جل سے پیدا ہو کر باہر نکلنے کے مقامات تک تقریباً افقی طور اختیار کرتے ہیں۔ بقیہ اعصاب کا رخ کم و بیش ترجھا ہوتا ہے، حتیٰ کہ زیر ترین عصبی تنے اپنے اپنے بین فقری سوراخوں تک تقریباً انقباضی رخ میں جاتے ہیں۔

694

قتال فقری میں سے اعصاب کے نکلنے کے مقامات پہلا عنقی عصب قتال میں سے پہلے عنقی فقرہ کے اوپر سے نکلتا ہے۔ مزید برآں بقیہ عنقی تنے بھی جن فقرات کے نام سے موسوم کئے جا سکتے ہیں ان کے اوپر سے نکلتے ہیں۔ اور آٹھواں عنقی عصب قتال میں سے آخری عنقی اور پہلے ٹہری فقرہ کے درمیان سے نکلتا ہے۔ ٹہری قطنی اور عجری اعصاب کا مقام خروج ان فقرات کے نیچے ہوتا ہے جن کے نام سے فیصوب کئے جاتے ہیں۔ چنانچہ پہلا ٹہری عصب پہلے اور دوسرے ٹہری فقرات کے درمیانی سوراخ سے گزرتا ہے، علیٰ ہذا القیاس۔

جل سے پیدا ہونے کے مقامات

پہلا عنقی عصب جل میں سے اس وقفہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے جو طلس اور

قذال کے درمیان ہوتا ہے۔

دوسرے اور تیسرے منحنی اعصاب جبل سے محور کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھے، پانچویں، چھٹے، ساتویں، اور آٹھویں منحنی اعصاب جبل میں سے علی الترتیب تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے، اور ساتویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے چار ٹھہری اعصاب جبل سے ان اقراص کے مقابل پیدا ہوتے ہیں جو علی الترتیب ساتویں منحنی اور پہلے دوسرے اور تیسرے ٹھہری فقرات کے نیچے ہوتے ہیں۔

پانچویں اور چھٹے ٹھہری اعصاب جبل سے چوتھے اور پانچویں فقرات کے نیچے کے کن روں کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

بقیہ چھ ٹھہری اعصاب جبل سے چھٹے، ساتویں، آٹھویں، نویں، دسویں اور گیارہویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے تین قطنی فقرات جبل سے بارہویں ٹھہری فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھا قطنی عصب جبل سے بارہویں ٹھہری اور پہلے قطنی فقرات کے درمیان کے قوس کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

آخری قطنی عصب معہ مجری اور عصصی اعصاب کے جبل سے پہلے قطنی فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

لہذا یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کے تمام عصصی مشمولات کے کسی خاص مقام پر کچل جانے سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں ان کا مشاہدہ کرتے وقت نہ صرف انہی اثرات کا خیال رکھنا چاہئے جو نخاع (medulla) کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں بلکہ ان نتائج کا بھی خیال رکھنا چاہئے جو عصصی تنوں کی (جو وہاں سے نکلتے ہیں) دریدگی سے پیدا ہوتے ہیں گو ان کے مبادی محل ضرر سے اوپر ہی ہوتے ہیں۔ مزید برآں جبل کے صرف کچھ حصہ ہی کو اکثر ضرر پہنچتا ہے، اور بعض اوقات یہ بالکل کچمبی جاتی ہے اور ایک یا زائد اعصاب مسور فقر یا ٹھہری کے اُن ٹکڑوں سے جو ضرر کی وجہ سے علحدہ ہو جاتے ہیں کچل جاتے ہیں۔

کسری خلوع (fracture-dislocations) میں اوپر کے فقرہ کا جسم جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے بالعموم آگے کی طرف کو پھسل جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قبل کے مقدم اور مقدم جانبی حصے محل ضرر کے نیچے کے فقرہ کے تظلیلی کنارہ کے ساتھ شدت سے متماکس ہو جاتے ہیں۔

جمل کے یہی حصے ہیں جن میں سے بڑے بڑے حرکی خطے گذرتے ہیں۔ اور اسی لئے اکثر ایسا ہوتا ہے کہ چوٹ کے محل سے نیچے کے حصوں میں جس کی نسبت حرکت کا فقدان زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اگر جزوی حرکی حسی شلل واقع ہوا ہو تو قبل الذکر فعل کے خلل کے موخر الذکر کی نسبت زیادہ وسیع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ جس کا فقدان حرکت کی قوتوں میں کچھ نہ کچھ خلل واقع ہونے کے بغیر کسی حالت میں نہیں پایا گیا۔ اگر جمل کے رمادی مادہ کو بہت شدید نقصان نہ پہنچا ہو تو وہ معکوس حرکتیں جو جمل کے اس قطعہ سے متعلق ہوتی ہیں مناسب ہیجان سے شلول حصوں میں بالعموم پیدا کی جاسکتی ہیں۔ اگر یہ معکوس حرکتیں غائب ہو جائیں تو یہ نتیجہ نکالاجا سکتا ہے کہ رمادی مادہ شکستہ ہو چکا ہے اور تمام جمل شوکی ضرر کے محل پر پکلی جا چکی ہے۔

عمود فقری میں کسہ جتنا اوپر کی طرف ہوگا فعل تنفس میں اتنا ہی زیادہ خلل واقع ہونے کا امکان ہوگا۔ اگر ضرر عمود فقری کے ظہری حصہ کے بالائی تیسرے پر ہو تو نہ صرف شکمی عضلات ہی مشلول ہوتے ہیں بلکہ تمام بین ضلعی عضلات میں بھی شلل نمودار ہو جاتا ہے۔ جب ایسا کسہ جس میں جمل کو نقصان پہنچا ہو چوتھے عنقی فقرہ سے اوپر واقع ہو تو وہ فوراً ہلک ثابت ہوتا ہے۔ ڈایا فرامی عصب کا زیادہ تر حصہ چوتھے عنقی عصب سے نکلتا ہے اور تیسرے اور پانچویں عصب سے بھی اس کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ چوتھا عصب چوتھے عنقی فقرہ کے عین اوپر سے نکلتا ہے۔ اگر جمل کو اس مقام سے عین نیچے کوئی نقصان پہنچ جائے تو مریض صرف ڈایا فرام ہی سے سس لے سکتا ہے۔ اور اگر ضرر اتنا بلند واقع ہو کہ ڈایا فرامی عصب کا بڑا جزو تباہ ہو جائے تو ہر قسم کا تنفس نامکن ہو جاتا ہے۔

تبول کا عصبی میکا نیہ۔ حوضی اعصاب جن کا زیادہ تر تعلق تبول سے ہے جمل شوکی کے زیرین مجری خط سے نکلتے ہیں۔ اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ

جس شوکی کے مستعداً مکمل طور پر کچلے جانے سے احتباس بول پیدا ہو جائیگا خواہ چوٹ کا لیول کچھ بھی ہو۔ اگر چند دن کے اندر اندر موت واقع نہ ہو تو احتباس کا نتیجہ بیش بہا ہوتا ہے۔ اگر تفریحی خط کے زیرین حصہ سے اوپر ہوجس سے کہ حیاتی عصب (pudic nerve) کے نواتات متاثر نہ ہوئے ہوں تو کئی ایک ہفتوں یا مہینوں کے گزرنے پر احتباس اور بیش بہاؤ کے بعد خود رو تبول (automatic micturition) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں پیشاب بیک وقت کافی عرصہ تک رکا رہتا ہے، اور بڑے بڑے لے دار فواروں کی شکل میں وقتاً فوقتاً خارج ہوتا رہتا ہے، اور مریض اس سے بے علم ہوتا ہے۔ یہ لے دار فوارے عجائی خط کی جلد کو چھونے یا کسی ایسی چیز سے جو مونو مجری بول میں (جو اس قسم کے ضربات کے بعد پیشاب سے پڑ ہوتا ہے) دباؤ کو بڑھانے مثلاً لیٹنے کے بعد اٹھ کر کھڑا ہونے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اس درجہ میں بول باقی کی معتدبہ اور اکثر ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ آدمی میں اس درجہ کے مظاہر مشانہ کی موجودہ یا سابق الوجود شدید سرائت کی وجہ سے جس سے اس کی گنجائش اس کی دیواروں کی صرف لمبک ہی کے غائب ہو جانے سے کم ہو جاتی ہے اکثر مخفی رہتے ہیں۔ مگر ایسے واقعات میں بھی ہر ایک ”تبول“ پر کئے ہوئے پیشاب کے حجم کے مقابلہ میں بول باقی کی مقدار معتدبہ ہوتی ہے گو اس کا حقیقی حجم قطعی آدمی میں ناقابل التفات ہوتا ہے۔ دوسرے پستانوں میں جن میں شوکی عبوری تراش کے بعد بولی سرائت بالعموم واقع نہیں ہوتی ”خود رو تبول“ (automatic micturition) کے وقوع کے ساتھ مجری بول کو بند کرنے والے میکانیہ کا (جو شوکی عبوری تراش والے پستانوں میں ضاعطیہ مجری بول compressor urethra: ہوتا ہے) متری نقصان منس دیکھا جاسکتا ہے۔ جب خود رو تبول قائم ہو جائے تو نکلنے ہوئے پیشاب کے فواروں کی لے وہی دکھائی دیتی ہے جو عجائی عضلات کے مری متوازن انقباضات کی ہوتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خود رو تبول کا انحصار ضاعطیہ مجری بول (compressor urethra) کے متوازن طور پر ڈھیلے ہونے پر ہوتا ہے اور مشانہ کے انقباضات پر نہیں ہوتا۔ ضاعطیہ مجری بول کے متوازن انقباضات جس شوکی کی عبوری تراش کے ساتھ ہی واقع ہونے لگتے ہیں، مگر اس کی منس کے کم ہو جانے کے بعد ہی صرف

ایسا ہوتا ہے کہ اسکے متوازن انقباضات مجری بول کی مزاحمت میں وہ مطلوبہ تغیر پیدا کر دیتے ہیں جس سے میان مثانی دباؤ سے بخوبی نمایاں فوارے پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں (Barrington : -)

اگر جبل اتنی نیچے کھلی جائے کہ حیائی اعصاب (pudic nerves) کے نو اتا ماؤف ہو جائیں یا یہ ذنب الفرس (cauda equina) پر سے کھلی جائے تو خود روتبول (automatic micturition) واقع نہیں ہوتا، گو مثانہ کا حجم کسی ایسے طریقے سے جو سمجھ میں نہیں آتا وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔

تیسرے (defaecation) کے فعل میں بھی خلل واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس کے لئے قطنی کلائی میں ایک معکوس مرکز ہوتا ہے جس کو حرکی اور حسی اعصاب نیچے کی طرف معائے مستقیم اور اس کے عضلات سے ملاتے ہیں۔ نیز اس مرکز اور دماغ کے درمیان ایسے خطے ہیں جن کے متعلق زیادہ علم نہیں، اور جن کے ذریعے سے اتنا ہی فعال سرانجام دئے جاسکتے ہیں۔ ادنی جانوروں میں ان معکوس مراکز پر دماغ کا غیر مکمل قابو ہوتا ہے۔ مگر ان میں بھی یہ قابو تربیت سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔

جب خود مرکز کو ضرر پہنچ جاتا ہے یا وہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے جو اس کو حشائے مذکور سے ملاتا ہے تو مریض کو سلس البراز (incontinence of faeces) کی تکلیف ہو جاتی ہے، اور وہ اس فعل کو کسی طرح قابو میں نہیں رکھ سکتا۔ جب جبل کو کسی معکوس مرکز اور دماغ کے درمیان نقصان پہنچ جاتا ہے تو تیز کا فعل منظم اوقاف پر ہوتا ہے۔ اور مریض کو اس فعل کی خبر نہیں ہوتی، اور وہ اس کے انقاع پر قابو نہیں لے سکتا۔ عنقی جبل کے بعض فصرات میں حادثہ کے بعد مریض کو کچھ عرصہ کے لئے شدید

698

کی شکایت ہو چکی ہے، یا قلب کے فعل میں معتد بہ تغیر واقع ہو چکا ہے۔ مثال کے طور پر ایرتسن (Erichsen) ایک آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کو عنقی شوکہ پر شدید چوٹ لگنے کے بعد ہر روز کئی ایک مہینے تک آنی رہی۔ واقعات کے ایک دوسرے گروہ میں ایسی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں نبض عمود فقری کے عنقی حصہ کے فصرات کے بعد ۲۸ سے بھی کم ہو گئی تھی بلکہ ۳۶ یا ۲۰ ہی رہ گئی تھی۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ معین تنا (accessory trunk) جبل میں سے اتنا نیچے سے نکلتا ہے جتنا نیچے کہ چھٹے یا ساتویں غنقی اعصاب ہوتے ہیں۔ شوکی جبل کے اندر کے مراکز کے حملات کے متعلق جو جلد کے رقبہ جات، عضلات، اور احشاء کے گروہوں سے تعلق رکھتے ہیں شکم اور جوارح کی عصبی رسدوں کے ذکر میں کچھ تفصیلات دئے جائیں گے (دیکھو صفحہ 390 اور اس کے بعد کے صفحات اور صفحہ 671)۔

شوکر مشقوقہ (spina bifida)۔ یہ اصطلاح فقری قنال کے بعض خلقی تشوہات کو ظاہر کرتی ہے جن میں اس کے بعض مشمولات سیال سلوہ کی شکل میں بروز کرآتے ہیں۔ یہ تشوہ عام طور پر بعض فقرات کی عصبی محرابوں اور ان کے شوکوں کے فقدان پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس لئے سلوہ پیچھے کی طرف کو ابھیر آتا ہے۔ شوکر مشقوقہ قطنی عجزی خط میں نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے جبکہ آخری قطنی فقرہ اور تمام عجزی فقرات کی عصبی محرابیں غائب ہوتی ہیں۔ دوران نمویں عصبی محرابیں پہلے ٹھہری خط میں بند ہوتی ہیں، اور آخر میں قطنی عجزی خط میں۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد یہ عجزی خط میں پایا جاتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ نادر الوقوع ہے۔ (۱) بعض اوقات اغشیہ اکیلے ہی بروز کرتے ہیں (شوکی سحائی قبیلہ: spinal meningocele)۔ (۲) بعض اوقات اغشیہ جبل شوکی اور اس کے اعصاب کے ساتھ بروز کرتے ہیں (سحائی لبتی قبیلہ: meningo-myelocoele)۔ (۳) بعض اوقات اغشیہ جبل کے ساتھ بروز کرتے ہیں جس کی مرکزی قنال اس طرح تنسج ہوتی ہے کہ اس کا ایک تاجہ نہ کہف بن جاتا ہے (کہنفی لبتی قبیلہ: syringo-myelocoele)۔

سحائی لبتی قبیلہ (meningo-myelocoele) عام ترین قسم ہے۔ اول الذکر قسم نادر و نادر ہی پائی جاتی ہے اور آخر الذکر بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ جو سیال تاجہ کو تنسج کرتا ہے وہ دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے، اور وہ جبل اور دماغ کے اس نظام کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ جب سیال کو مضبوط کیا جاتا ہے تو یہ دماغ کے قاعدہ پر لگی زیر عنکبوتی فضاؤں میں چلا جاتا ہے اور دماغ اوپر کی طرف کو اٹھ کر مقدم یا فوخ کے ساتھ جا ملتا ہے جہاں اس کا تصادم محسوس کیا جاتا ہے۔ جب بچہ روتا ہے تو یہ سلوہ

کلانی یافتہ اور تنیدہ ہو جاتا ہے۔ دماغی اور شوکی وریدوں کا تمدد سیال کو اقل مزاجی سمت میں دھکیل دیتا ہے۔ تاجہ کی دیوار (۱) اغشیہ، (۲) جلد، اور (۳) ایک متوسط غشا سے بنتی ہے جو اس عصبی ورقہ کی متناظر ہوتی ہے جو چھپا رہ جاتا ہے اور بند ہوتا، اور جبل نخاعی کے قطنی حصہ کا قائم مقام ہوتا ہے اور جس سے اعصاب چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اسی لئے شوکر مشقوقہ (spina bifida) میں عام طور پر کم و بیش شلل اور عدم حیثیت بھی موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی جوارح اسفل اور عجان کا تشوہ بھی پایا جاتا ہے۔ نقص نمو کے ایک نہایت ہی ابتدائی درجہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اور اس لئے سلعہ کے خط میں جبل یا اعصاب کا کچھ حصہ یا تو غائب ہوتا ہے یا ناقص طور پر نمود یافتہ ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں عصبی عارضہ شدید درجہ کے گزرا (club-foot) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اور بعض میں جوارح اسفل اور مثانہ اور معائے مستقیم کا کم و بیش مکمل شلل پایا جاتا ہے۔

صحت نامہ

صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ	صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ
ہوتی	ہوئی	۱۰	۳۳۹	(erectors)	erector	۲	۳۸۴
کبیر	اکبر	۱۰	۳۶۰	— زیرین حصہ	زیرین حصہ	۳	۳۸۶
یا	با	۱	۳۸۳	ضرر	ضرر	۲۰	۳۸۷
pre-nephric	pre-nephric	۱۳	۳۸۸	طرف کو	طرف کو	۳	۳۸۹
منفرز	منفرز	۱۰	۳۹۵	متعلق درو	متعلق درو	۵	۳۹۳
ہیں۔	ہے۔	۱۷	۵۰۹	ہیں۔	میں۔	۱۱	۳۹۷
صفاقی	صفاقی	۱۳	۵۱۹	اعصاب	اعصاب۔	۳	۳۹۸
عانہ	عائین	۱۷	۵۲۴	وٹر متحدہ	وٹر متحدہ کہ	۱۷	۴۰۰
اثرات	اثرات	۷	۵۲۸	لیجا یا جاسکتا ہے۔	لیجا یا جاسکتا ہے۔	۹	۴۱۲
کی منفعت	کا استعمال	۸	۵۳۱	(W. A. E.)	W. A. E.	۱۸	۴۱۵
گروہ	گروہ	۲۱	۵۳۹	Dunbar:	Dunbar)	۴	۴۲۲
مخزجی	کلوکی	۲۱	۵۴۰	پہنچتا ہے۔	پہنچتا ہے	۶	۴۲۷
دروں بالید	دروں بالید	۱۳	۵۴۰	چلے جاتے ہیں	چلا جاتا ہے	۲	۴۲۸

صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ	صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ
Achillis	Achillis	۱۲	۶۶۱	ہوتی ہے۔	سے ہوتی ہے۔	۲۰	۵۴۲
Achillis	Archillis	۱۵	۶۶۳	نہیں۔	ہیں۔	۲۰	۵۴۶
کرتا ہے۔	کرتا ہے	۲۲	۶۶۶	شبکہ کے عناصر	شبکہ کا عناصر	۵۵۰	تصویر
دوسرے	بیرونی	۲۳	۶۶۶	غظیم	اعظیم	۲۱	۵۶۱
روح القدم	روح القدم	۶	۶۶۵	بھونکی	پھونکی	۱۱	۵۶۳
قسموں میں	قسموں میں	۱۳	۶۶۶	سورخ	سٹاؤ	۲۲	۵۶۵
روح القدم مسطح	روح القدم	۲۰	۶۶۶	خطہ	خم	۱۳	۶۶۳
سلامیات	سلامیات	۶۸۲	۶۸۲	رہلہ	اہلہ	۱۹-۲۲	۵
حقیقی	حقیقی	۶۸۵	۶۸۵	منضبوطی	منضبوطی	۳	۶۱۸
کوخر	کوخر	۱۹	۶۹۲	خیاطیہ	خیاطیہ	۲۰	۶۳۱
(iliacus)	(iliacus)	۶۰	۶۹۲	(posterior)	(posterior)	۱۳	۶۳۳
analgesia	analgesis	۱	۷۱۲	چھوٹی	چھوٹا	۱۲	۶۲۸
مدف کر دیا	م۔ ف۔ ق۔ توخر	۳-۲	۷۱۲	حرقفی	خزفی	۳	۶۳۳
جائے۔	فوقانی شوکر۔			مسیلیت	مسیلیت	۲۳	۶۳۸
				tertius)	(tertius)	۳	۶۵۸

صحت نامه

صفحه	سطر	غلط	صحیح
۱	۱۲	----- nerves of, 389	----- muscles of, 379, 387
۳	۳۰	قنال مبرز	مبرز قنال
۶	۱۶	شبکی	شبکی
۸	۱۷	تشبیت	تشبیت
۸	۳۵	حالتین	حالتین
۱۴	۱۰	حلقی	حلقی
۲۷	۶	(نافذه)	(نافذه)
۴۲	۳۲	ساخت الاذن	ساخت الاذن
۴۳	۱۹	بغاع	بغاع
۵۰	۴	ضمیره	ضمیره
۵۷	۱۴	دیکهوی	دیکهوی
۶۲	۱۶	بیر	بیر
۷۷	۳۴	بطینات	بطینات

پوہنیچے کا جوڑ	Wrist-joint, 336
ہر کے خلوع	— dislocations at, 356
ہر کے کسور	— fractures about, 354
کے حرکات	— movements of, 352
پر عضلی فعل	— muscular action on, 352
کی مضبوطی	— strength of, 351
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 334
کے زلائی کہنے	— synovial cavities of, 356
کے تاجے اور غلافی	— — sacs and sheaths of, 347
کے ارد گرد کے وتر	— tendons about, 345
کچ گردنی	Wry-neck, 199
خنجری قصبی مفصل	Xiphisternal joint, 235
لاشعاعی منظر نغمہ حفرہ کا	X-ray appearance of pituitary fossa, 47
امتحان پوہنیچے کے ارد گرد	— examination in fractures about wrist,
کے کسور میں	355
شوکی تضرعات میں	— — in spinal injuries, 682
زائده کا	— — of appendix, 452
مثانہ کا	— — of bladder, 516
اعور کا	— — of caecum, 449
خلوع گھٹنے کا	— — of dislocated knee, 618
گردہ اور حالب کا	— — of kidney and ureter, 479
بیریم دار غذا کے حرکات کا	— — of movements of barium-laden
شکمی احشاء کے اوضاع کا	food, 452
تاریقی ہڈیوں کا	— — of positions of abdominal viscera,
کھوپری کے مدغی خطہ کا	423 427, 429
مدری احشاء کا	— — of tarsal bones, 661
حالب کا منفرد حصیات کے لئے	— — of temporal region of skull, 34
	— — of thoracic viscera, 254
	— — of ureter for impacted calculi, 489
وائی کی شکل کی غضروف	Y-shaped cartilage, 574
وجہ ساختوں کے رہنما کے طور پر	Zygoma as guide to structures, 34
کا کسر	— fracture of, 34

قہری تنال کے خلات تشوہات	Vertebral canal, congenital malformation of, 698
کاسیالی سلمہ	—— fluid tumour of, 698
میں سے اعصاب کے نکلنے کے مقامات	—— points of exit of nerves from, 694
عمود	—— column, 672
(نیز دیکھو عمود قہری)	—— (see also Spine)
مٹائی مہیلی ناسود	Vesico-vaginal fistula, 539
احشائے شکمی (دیکھو شکم کے احشاء)	Viscera, abdominal (see Abdomen, viscera of)
حوضی کی تثبیت اور انکے حرکات	—— pelvic, fixation and movements of, 505
مدری	—— thoracic, 245
حشائی ردا	Visceral fascia, 504
شوکی مراکز	—— spinal centres, 394
سہارے	—— supports, 384, 426
استرخائے احشاء	Visceroptosis, 423, 445, 448
زردینی معمولی قنات	Vitello-intestinal duct, 386, 443
زجاجی رطوبت	Vitreous humour, 81
” طبقہ “	“—— table,” 29
صوتی احبال	Vocal cords, 211
راحی عمراہیں	Volar arches, 339
ولکین کا وقف الدمی شال اور تہیض	Volkman's ischaemic paralysis and contraction, 314, 332
قلتہ امعاء	Volvulus, 459, 464
قے - شدید - شوکی ضربات میں	Vomiting, severe, in spinal injuries, 697
فرج	Vulva, 538
” سرین باقدردہ “	“Weaver's bottom,” 561
وہارٹن کی قنات	Wharton's duct, 167
داحس	Whitlow, 348
ذیر ناخن اور ذیر غلا فی کے کھولنے میں	—— subungual and thecal, difficulties in opening, 349
مشکلات	
ولس کا دائرہ	Willis, circle of, 56
منجج کتف	Winged scapula, 273
ونسلو کا سودا خ	Winslow, foramen of, 422
ورسنگ کی قنات	Wirsung, duct of, 476
عقل ڈاڑھیں	Wisdom teeth, 162
ولنی قنات	Wolffian duct, 541
انیبیات	—— tubules, 541
ولف کا قانون	Wolff's law, 615
” بصارت الفاظ کا “ مرکز	“Word-seeing” centre, 51
ورمی ہڈیاں	Wormian bones, 16
پوہنچا	Wrist, 334

رحم	Uterus, 539
کی شریان	— artery of, 539
کے عروق لف	— lymphatics of, 540
مردانہ	— masculinus, 530
مہبل	Vagina, 539
کی چسپیدگیاں	— attachments of, 505
کے زخم	— wounds of, 539, 540
مہبلی قیلہ مٹانہ	Vaginal cystocele, 539
قیلہ معویہ	— enterocele, 539
زائده غدیدہ	— process, 397, 400, 401
مستقیمہ قیلہ	— rectocele, 539
واسلوا کا طریقہ اذن وسطی کو متنفخ کرنے کا	Valsalva's method of inflating middle ear, 108
مصاریع گردن کی وریدوں کے اندر	Valves in veins of neck, 225
قیلہ دوا لیہ	Varicocele, 537
دوائی نماوریدیں	Varicose veins, 537, 570
عرق خا طلی	Vas aberrans, 303
قنات ناقلہ	— deferens, 536, 541
کا انشقاق	— — rupture of, 536
عروق قصیر	Vasa brevia, 436
قنات پر آرنده	Vasa efferentia, 541
عرق حرکی نظام جارحہ اعلیٰ کا۔ اس کے اختلالات	Vaso-motor system of upper limb, disturbances of, 363
عضلہ وسیعہ	Vastus muscle, 592
واٹر کا انتفاخ	Vater, ampulla of, 471, 476, 477
وریدیں۔ ان میں ہوا	Veins, air, in, 225
وسیط۔ کھو پری کی	— emissary, of skull, 8
جالینوس کی	— of Galen, 44
گردن کی۔ ان کے اندر کے مصاریع	— of neck, valves in, 225
(نیز دیکھو مختلف خطے)	— (see also various regions)
اجوف وریدیں	Venae cavae, 251
فصد کھو پر	Venesection at elbow, 311
وریدی اجواف	Venous sinuses, 40
سلمات کھو پری کے	— tumours of skull, 9
بطین حنجرہ کا	Ventricle of larynx, 232
بطینات جانبی	Ventricles, lateral, 52
قترہ (دیکھو عمود قتری)	Vertebra (see Spine)
مرتفعہ	— prominens, 192
قتری شریان	Vertebral artery, 55
کی بندش	— — ligature of, 225

سری ناسور	Umbilical fistula, 386
قنق	— hernia, 411
خط	— line, 426
نای (سیرہ)	Umbilicus, 379, 385
کالیق حلقہ	— fibrous ring of, 385
حیدہ	Umbo, 100
جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد	Upper limb, nerve supply of, 359
یوریکس	Urachus, 385
منفتح	— patent, 386
حاب	Ureter, 484, 488, 521
کاتمدد	— distension of, 488, 521
مشاعف	— double, 484
کاتنی	— kinking of, 484
میں حرکت دودی	— peristalsis in, 489
کانشقاق	— rupture of, 488
کالا شعاعوں سے امتحان	— X-ray examination of, 489
مہال - زنانہ	Urethra, female, 530
مردانہ	— male, 527
اورسوزاک	— — and gonorrhoea, 529, 530
کی قنال	— — canal of, 528
میں قسط پر گزارنا	— — catheterization of, 527
کاخم	— — curve of, 527
کامنڈ	— — meatus of, 529
غشائی	— — membranous, 512, 529
کی غشائے غاطی کامہال میں سے امتحان	— — mucous membrane of, urethroscopic examination of, 530
حوضی	— — pelvic, 527
قفییی	— — penile, 529
عجائی	— — perineal, 527
قدامی	— — prostatic, 527
کانشقاق	— — rupture of, 530
کاتشجی تضیق	— — spasmodic stricture of, 529, 552
کاعمرہ	— — sphincter of, 516, 527, 528
کی عصبی رسد	— — nerve supply of, 552
مہالی مثلث	Urethral triangle, 507, 511
مہال میں سے امتحان	Urethroscopic examination, 530
پیشاب و عابد - کا م	Urine, extravasated, course of, 382, 511, 512
رحمی عجری رابطات	Utero-sacral ligaments, 506

ورکی حدیہ	Tuber ischii, 497, 555
سلعات۔ دموی۔ چاندلی کے	Tumours, blood, of scalp, 13
صیوان الاذن پر	— on pinna, 96
دماغی کے لئے ترخان کرنا	— cerebral, trephining for, 27
سیالی۔ تنال قاری کے	— fluid, of vertebral canal, 698
دروں عجری کے دور کرنے کے لئے کروئین	— intraorbital, Kronlein's route for removal of, 60
کا راستہ	— mediastinal, 255
منصی	— orbital, 60, 61, 65
عجری	— parotid, 152
نکفی	— phantom, 386
وہمی	— renal, 487
کلوی	— sacro-coccygeal, 502
عجری عصمی	— scapular, 275
کتفی	— tonsillar, 189
لوزی	— venous, of skull, 9
ویدی - کہو پری کے	Tunica abdominalis, 382
طبقة شکمی	— albuginea, 535
ایضی	— vaginalis, 402, 534
غمدیہ	Turbinate bones and bodies, 116, 119, 121, 122
مفتول ہڈیاں اور اجسام	Tympanic cavity, 101
طبی کہفہ	— — — acclitus of, 101
کا مدخل	— — — attic of, 102
کا علیہ	— — — floor of, 102
کا فرش	— — — walls of, 101
کی دیواریں	— — — (see also Middle ear)
(نیز دیکھو اذن وسطی)	— membrane, 98
غشا	— sinus (see Mastoid antrum)
جوف (دیکھو حلی مغارہ)	Typhlitis, 449
التهاب اخود	Ulna, dislocation of, 316
زند کا خلع	— fracture of, 331, 332
کا کمر	— relations of, with radius, 328
کے تعلقات کمرہ کے ساتھ	Ulnar artery, 311, 327, 335
زندى شریان	— collateral artery, 300
عجائب شریان	— nerve, 300, 303, 313, 361, 371
عصب	— paralysis of, 373
کا علل	— vein, 311
ورد	

لوزہ کی بیش پرورش	Tonsil, hypertrophy of, 186
بہرے پن کا باعث	— causing deafness, 188
کو گلوٹن کے حلقہ میں داخل کرنا	— engaging in ring of guillotine, 188
لسانی	— lingual, 173
لشکا کا	— Luschka's 109, 184
کے اپنی غد	— lymphatic glands of, 229
کی خبیث بالیدیں	— malignant growths of, 189
بلعومی	— pharyngeal, 109, 184
لوزی گوشہ	Tonsillar recess, 188
حنکی نرق	Torus palatinus, 179
قصیہ	Trachea, 208, 250
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 217, 250
کے زخم	— wounds of, 208
قصیہ شکافی	Tracheotomy, 213
دمد جیبی	Trachoma, 88
جری عطفات	Traction diverticula, 224
نقل الدم	Transfusion, 311
عبرالبواب مستوی	Transpyloric plane, 380, 425
ردائے مستعرض	Transversalis fascia, 413
مستعرض عنقی شریان	Transverse cervical artery, 198
قولون	— colon, 457
رباط	— ligament, 639, 647
زائده اطلس کا	— process of atlas, 192
ساتویں عنقی فقرہ کا	— of seventh cervical vertebra, 192
زوائد قطعی فقرات کے	— processes of lumbar vertebrae, 677
عظم منحرفہ	Trapezium, 336
عضلہ منحرفہ کا شلل	Trapezius, paralysis of, 273
”پانہاد“ کچ پانی میں	“Tread” in talipes, 657
کھوپری پرترفان کرنا	Trephining skull, 22
میں چاندلی کا دامن	— scalp-flap in, 22
کٹے مقامات	— sites for, 23
کٹے سطحی ترسیمیں	— surface marking for, 23
مثلث دباط	Triangular ligament, 512
ثلاثی تومی عصب (دیکھو پانچواں عصب)	Trigeminal nerve (see Fifth nerve)
”پلیسی انگلی“	“Trigger-finger,” 346
سہ پایکی	Tripodism, 502
فلک بستگی	Trisums, 161
طروخا عظیم	Trochanter, great, 554

دری جسم قصبہ شکافی میں	Thyroid body in tracheotomy, 215
کی خاکسائے	— isthmus of, 218, 219
کے عروق لمف	— lymphatics of, 220
کے عرق حرکی اعصاب	— vaso-motor nerves of, 220
غفروں	— cartilage, 210
دویرے۔ خلقی	— cysts, congenital, 170
خلع	— dislocation, 585, 586
زیر ترین دری شریان	Thyroidea ima artery, 220
درقیہ شکافی	Thyrotomy, 213
قصبیہ	Tibia, 625
اور شظیہ کے کسور	— and fibula, fractures of, 630
سے عظمی پیوند	— bone-grafts from, 633
کا برابر	— epiphysis of, 622
کے کسور۔ زیرین سرے کے	— fractures of lower end of, 631
بالائی سرے کے	— of upper end of, 620
کا معظم	— ossification of, 620
پر کساحت کا اثر	— rickets affecting, 632
قصبی شریانی	Tibial arteries, 636, 644
عصب	— nerve, 620, 636, 670
شو کہ	— spine, 618
قصبیہ متمد کا وتر	Tibialis anticus tendon, 635, 643
موخر کا وتر	— posticus tendon, 636, 643
قصبی فتذی زاویہ	Tibio-femoral angle, 614
قصبی شظوی رباطات	Tibio-fibular ligaments, 647
پاؤں کے انگوٹھے کا خلع	Toe, great, dislocation of, 662
زبان	Tongue, 170
کے معین غدہ	— accessory glands of, 175
کی رسد خون	— blood supply of, 171
کاسرطان	— cancer of, 173
کے خلقی نقائص	— congenital defects of, 171
کاسر حلقہ	— epithelium of, 171
کاستیصال	— excision of, 176
کے لمبی غدہ اور عروق	— lymphatic glands and vessels of, 173, 229
میں لمف آسافات	— lymphoid tissue in, 173
کے اعصاب	— nerves of, 172
حقۃ اللسان	Tongue-tie, 171
لوزہ	Tonsil, 86
کی رسد خون	— blood supply of, 189

دان	Thigh, 592
کاتر	— amputation of, 598
کولے کے جوڑید	— — at hip-joint, 590
کے عروق خون	— blood-vessels of, 566, 569, 570
کی ردا	— fascia of, 594
کاکس	— fracture of, 595
کے بعد جارحہ کا قصر	— — shortening of limb after, 597
کے عضلات	— muscles of, 591, 592, 594
کا انشقاق	— — rupture of, 594
کے اعصاب	— nerves of, 591, 593, 598
کی جلد	— skin of, 593
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 592
تیسرے عصب کا شلل	Third nerve, paralysis of, 66
صدری قنات	Thoracic duct, 229, 256, 494
اور سرطانی انتشار	— — and cancer dissemination, 257
تدریجی سرائت کیلئے امکانی جبری کی	— — as a possible channel for tuberculous infection, 256
حیثیت سے	
اعصاب	— nerves, 389
پسلی پہلی	— rib, first, 207
تکوین الصدر	Thoracoplasty, 239
صدر	Thorax, 233
کی بدشکلیاں	— deformities of, 233
کا پرل	— paracentesis of, 238
کے احشاء	— viscera, of, 245
کالا شعاعوں سے امتحان	— — X-ray examination of, 254
کی دیواریں	— walls of, 233
کے زخم	— wounds of, 247
کلوریڈگی	Throat, cut, 207
انگوٹھے کا خلع	Thumb, dislocation of, 357
تیموسیہ	Thymus, 215, 256
درقی لسانی قنات	Thyro-glossal duct, 219
درقی لامی فضا کو عبور کرنے والے زخم	Thyro-hyoid space, wounds across, 208
درقی شریان تحتانی	Thyroid artery, inferior, 220
فوقانی	— — superior, 196, 220
جسم	— body, 217
کے معین غدہ	— — accessory glands of, 219
کا ذبول	— atrophy of, 219
کی رسد خون	— blood supply of, 220
کامنو	— development of, 219
کی سکافی	— enlargement of, 217

آنسوؤں کا غیر طبعی پیش بہاؤ	Tears, abnormal overflow of, 90
کا سر اور ان کا افراز	— course and secretion of, 89
دانت - ہارڈی اور مستقل	Teeth, temporary and permanent, 161, 163
اور جو فیڈی خراج	— alveolar abscess and, 162
کامو	— development of, 163
کی ساخت	— structure of, 162
عقل ڈاڑھیں	— wisdom, 162
غطائے طبعی	Tegmen tympani, 101
کے لیول کو ظاہر کرنے کا طریقہ	— level of, indicating, 24
مدغی تلفیف - تختانی	Temporal convolution, inferior, 52
دور پیمہ (نافذہ)	— fenestra, 35, 36
لمتہ	— lobe, 48
خطہ	— region, 5 34
مدغی فکی مفصل	Temporo-maxillary articulation, 157
پر کا خلع	— — dislocation at, 157
کے حرکات	— — movements of, 157
کاجروی خلع	— — subluxation of, 158
مدغی وتدی لمتہ	Temporo-sphenoidal lobe, 24, 138
وتراخیلی	Tendo Achillis, 628, 635, 643
حقیقہ (دیکھو و تراخیلی)	— calcaneus (see Tendo Achillis)
العمین	— oculi, 90
نین کا کیسہ	Tenon, capsule of, 62
ناشرہ حنکیہ	Tensor palati, 180, 182
جنین	— tarsi, 90
خصیہ	Testicle, 534
کانزول	— descent of, 401, 534
پر کا لینی طبقہ	— fibrous tunic of, 535
فغذی مثلث میں	— in femoral triangle, 567
کا التهاب	— inflammation of, 535
کی درون گردش	— inversion of, 535
کے عروق لمف	— lymphatics of, 535
کی حاسداریقا	— mesentery of, 534
کی عصی رسد	— nerve supply of, 536, 553
محبوس	— retained, 534
غبنوق	— strangulated, 534
کا قلعوی	— torsion of, 534
خلاق خراج	Thecal abscess, 348
فراز ابہام	Thenar eminence, 336, 374

اتحاد عظمی کھوپری کا	Synostosis of skull, 28
زلابی کھپے پاؤں کے	Synovial cavities of foot, 663
ہاتھ کے	— of hand, 356
غشا کھٹنے کے جوڑ کی	— membrane of knee-joint, 609
تاجہ جات ہاتھ کے	— sacs of hand, 346
غلاف ٹخنے کے	— sheaths of ankle, 640
ہاتھ کے	— of hand, 347, 350
زلابی التهاب کو لے کے جوڑ میں	Synovitis in hip-joint, 575
کھٹنے کے جوڑ میں	— in knee-joint, 611
آتشک مودوقی	Syphilis, inherited, 18
کھنی ای قبیلہ	Syringo-myelocoele, 698
تشریحی مسقط	Tabatiere anatomique, 339
قولون کے قورات	Teniae of colon, 455
ٹیگلیاکوزی کا عملیہ	Tagliacozzi's operation, 301
عقبی روح القدم	Talipes calcaneo-valgus, 655
عقبی فذع القدم	— calcaneo-varus, 655
عقبی کچیائی	— calcaneus, 655, 657
فرسی روح القدم	— equino-valgus, 654, 655
فرسی فذع القدم	— equino-varus, 654, 655
فرسی کچیائی	— equinus, 655, 657
کچیائی کے مخلوط اقسام	— mixed forms of, 657
روح القدم	— valgus, 656, 657
فذع القدم	— varus, 656, 657
ٹالما مارینسن کا عملیہ	Talma-Morrison operation, 494
مرمہ	— modified, 389
عرقوب کا خلع	Talus, dislocation of, 651
کا کسر	— fracture of, 661
جمارتی ہڈیاں	Tarsal bones, 661
ان کے کسور	— fractures of, 661
ان کا تعظم	— ossification of, 662
غضروف الجینی غدد	— glands, 85, 87
صفحہ	— plate, 85
سمارہ برآری	Tarsectomy, 657
جمارہ (دیکھو جمارتی ہڈیاں)	Tarsus (see Tarsal bones)
ٹیل کا عملیہ التصاق الجفن کے لیے	Teale's operation for symblepharon, 87

فوق ترقوی اعصاب	Supraclavicular nerves, 263
فوق قندالی زائده	Supracondyloid process, 304, 312
فوق مرفقی غدہ	Supracubital gland, 312
فوق لامی لمبی غدہ	Suprahyoid lymphatic glands, 227
فوق حرقنی مثلث	Supra-iliac triangle, 380, 416
فوق منفذی شوکہ ہینلے کا	Suprameatal spine of Henle, 94
مثلث مکیون کی	— triangle of Macewen, 95, 106
فوق عجزی سوراخ	Supraorbital foramen, 139
فوق لبانی عروق	Suprapancreatic lymphatics, 439
فوق عانی حصات شکافی	Suprapubic lithotomy, 514
فوق کلوی شریان	Suprarenal artery, 381
اجسام	— bodies, 487
کا اندرونی المراز	— — — internal secretion of, 487
فوق کتئی شریان	Suprascapular artery, 198
کٹاؤ	— notch, 275
تعلیقی رباط بیری کا	Suspensory ligament of Berry, 218
مقلہ کا	— — — of eyeball, 63
عدسہ کا	— — — of lens, 79
حوضی احشاء کا	— — — of pelvic viscera, 504
”تعلیقی رباطات“ ایسٹلے کوپر کے	“Suspensory ligaments” of Astely Cooper, 240
دعام عرقوب	Sustentaculum tali, 634
کا کسر	— — — fracture of, 661
درزی ہڈیاں	Sutural bones, 16
درزیں کھوپڑی کی	Sutures of skull, 15
ان کا بند ہونا	— — — closure of, 28
ان کی علحدگی	— — — separation of, 34
انجیریہ پیوٹوں کا	Sycosis of eyelids, 86
سلویس کی سطحی ورید	Sylvian vein, superficial, 58
کا شقاق	Sylvius, fissure of, 49
التصاق الجفن	Symblepharon, 87, 88
سائم کا بدر ٹخنے پر سے	Syme's amputation at ankle, 663
مشار کی حبل کے عقی حصہ کی چوٹ	Sympathetic cord, cervical part of, injury to, 226
ومد	— ophthalmia, 79
درد (دیکھو بعید درد)	— pains (see Referred pains)
ارتفاق ہانہ کی ہڈیوں کی علحدگی	Symphysis pubis, separation of bones of, 500
التصاقات قرحیہ	Synechia, 73

زیر ترقوی خلع ذراعیہ کا	Subclavicular dislocation of humerus, 289
زیر ترقوی عضلہ	Subclavius muscle, 263
زیر غرافی خلع ذراعیہ کا	Subcoracoid dislocation of humerus, 289, 291
کی کوخر کی ترجیع	———— Kocher's reduction of, 294
زیر جلدی بافت پیولوں کی	Subcutaneous tissue of eyelids, 86
چاندلی کی	———— of scalp, 2
زیر جانی فضا	Subdural space, 41, 686
زیر وقبی خلع ذراعیہ کا	Subglenoid dislocation of humerus, 289, 293
زیر لسانی درجک	Sublingual bursa, 169
غده	———— gland, 168
زیر چمانوی قنات	Submandibular duct, 167
غدد	———— glands, 168, 227, 229
زیر باریطونی اتصالی بافت	Subperitoneal connective tissue, 387
زیر بوابی عروق لف	Subpyloric lymphatics, 436
زیر کتنی شریان	Subscapular artery, 262
درجک	———— bursa, 286
غدد	———— glands, 244
زیر کتنی عضلہ	Subscapularis muscle, 262
زیر مصلی بافت حوض کی	Subserous tissue of pelvis, 506
زیر شوکی خلع ذراعیہ کا	Subspinous dislocation of humerus, 289, 293
تحت صدغی ازالہ صفطہ	Subtemporal decompression, 6
سطحی عنقی غدد	Superficial cervical glands, 227, 229
اعصاب	———— nerves, 198
پر معدی ورید	———— epigastric vein, 381
حسن پذیری کے اعصاب	———— sensibility, nerves of, 362
فوقانی الوی شریان	Superior gluteal artery, 555
طولی جوی	———— longitudinal sinus, 40
ماسارقی شریان	———— mesenteric artery, 381
ضغیرہ	———— plexus, 491
صدغی تلفیف	———— temporal convolution, 50
درقی شریان	———— thyroid artery, 196, 220
وریداجوی	———— vena cava, 252
مستزاد اذینات	Supernumerary auricles, 93, 232
پستانیں	———— mammae, 245
فغذی مثلث میں	———— in femoral triangle, 567
حلیے	———— nipples, 245, 567
بطح	Supination, 329
تدیج (دیکھو خراج)	Suppuration (see Abscess)
شوالپ کی فوق مشیمینی لئی فضا	Suprachoroid lymphatic space of Schwalbe,

قفس	Sternum, 235
کی بوسیدگی	— caries of, 236
کا خلع	— dislocation of, 235
کا کاٹنا	— division of, 236
کا کسر	— fracture of, 235
کا صغیتی گرد عظمی التهاب	— gummatous periostitis of, 236
میں سوراخ	— holes in, 236
سٹوکس گریٹ کا قندالی علیہ	Stokes-Gritti condylar operation, 624
معدہ	Stomach, 431
میں ہوا	— air in, 434
کی رسد خون	— blood supply of, 436
کا سرطان	— cancer of, 257
کے انقباضات	— contractions of, 434
کا اتساع	— dilatation of, 432
کے ناسور	— fistulae of, 438
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 433
کے عروق لف	— lymphatics of, 435
پر علیہ جات	— operations on, 438
کا استرخاء	— ptosis of, 432
کے تملقات	— relations of, 431
کی شکل	— shape of, 433
کے قروح	— ulcers of, 431
کے زخم	— wounds of, 437
سنگ (دیکھو حصہ)	Stone (see Calculus)
سٹووائن کا اشراب زیر عنکبوتی فضا میں	Stovaine, injection of, into subarachnoid space, 688
حول العین	Strabismus, 63, 64
مخنوق رودہ	Strangulated bowel, 444
قتق	— hernia, 460
خصیہ	— testicle, 534
مبال کا تضیق - شنجی	Stricture of urethra, spasmodic, 529, 552
ابری چانوی رباط	Stylo-mandibular ligament, 202
زیر اکرومی درجک	Subacromial bursa, 286
زیر عنکبوتی فضا	Subarachnoid space, 42, 686
میں سٹووائن وغیرہ کا اشراب	— — injection of stovaine, etc., into, 688
زیر عرقوبی بتور	Subastragaloid amputations, 666
خلوع پاؤں کے	— dislocations of foot, 651
جوؤ	— joints, 654
زیر تقوی شریان	Subelavian artery, 196, 206, 262, 263
وید	— vein, 198, 225

عمود قری کیسے سیدھا قائم رہتا ہے	Spine, how maintained erect, 674
کا تنہم	— kyphosis of, 234
کے حرکات	— movements of, 673
شیر خوار پیمہ کا	— of infant, 673
عانی	— pubic, 379
کے ورقہ جات کا جزوی استیصال	— resection of laminae of, 682
کا التوا	— scoliosis of, 234, 675
کی موجیں	— sprains of, 676
عظم حرقفی کے شوکے - مقدم فوقانی اور	Spines of ilium, anterior superior and poste-
موخر فوقانی	rior superior, 380, 554
شوکی سری خط	Spino-umbilical line, 426
شوکی زوائد کا کسر	Spinous processes, fracture of, 682
لوبی (مرغولہ نما) کسود	Spiral fractures, 596, 631
روح القدم مسطح	Splay-foot, 657
طحال	Spleen, 473
کا کیسہ	— capsule of, 475
کولانی یاقتہ	— enlarged, 475
سائب	— floating, 474
کے تضررات	— injuries to, 475
کے تملقات	— relations of, 474
کا انشقاق	— rupture of, 475
طحال برآری	Splenectomy, 474, 475
طحالی شریان	Splenic artery, 474
موجیں (دیکھو مختلف جوڑ)	Sprains (see the various joints)
طلسانی	Squamosal, 105
طلسانی درز	Squamous suture, 16
رکیب	Stapes, 101
حالت لافیہ	Status lymphaticus, 256
سٹینسن کی قنات	Stenson's duct, 152
قصبی مفصل غضروفی	Sternal synchondrosis, 235
قصبی ترقوی مفصل	Sterno-clavicular joint, 269
کا مرض	— disease of, 270
کے خلوع	— dislocations of, 270
کے حرکات	— movements of, 269
قصبی سیبی خط	Sterno-ensiform line, 423
نقطہ	— point, 251, 380, 423
قصبی یدی نقطہ	Sterno-manubrial point, 251
عضلہ قصبہ حلیہ	Streno-mastoid muscle, 193, 199
قصبی مختبری نقطہ	Sterno-xiphoid point, 251, 380, 423

شوکی مراکز جارحہ اسفل کے جلدی	Spinal centres for skin areas of lower extre-
دقبہ جات کے لئے	mity, 666, 671
حبل	— cord, 684
کی دسد خون	— — — blood supply of, 686
کا ارتجاج	— — — concussion of, 691
کا کچلا جانا	— — — crushing of, 692
کے تضرر کی وجہ سے حرکت اور	— — — loss of motion and sensation due
حس کا فقدان	to injury of, 695
پر دباؤ کے اثرات	— — — pressure effects on, 693
کی حفاظت	— — — protection of, 678
کے کچوکے دار زخم	— — — punctured wounds of, 209, 690
کے قطعات (دیکھو شوکی مراکز)	— — — segments of (see Spinal centres)
ام جا فیہ	— — — duramater, 684, 685
تضررات اور تبرز	— — — injuries and defæcation, 697
اور تبول	— — — and micturition, 696
اور تنفس	— — — and respiration, 695
اور قے	— — — and vomiting, 697
اسحیہ	— — — meninges, 684, 685
التهاب سحایہ	— — — meningitis, 685
سحائی قیلہ	— — — meningocele, 698
سحائی لبی قیلہ	— — — meningo-myelocoele, 698
عضلات	— — — muscles, 674
عصب - پانیپواں - اسکے تضرر کے اثرات	— — — nerve, fifth, effects injury to, 363
اعصاب شکم کے	— — — nerves of abdomen, 389
جارحہ اسفل کے	— — — of lower limb, 666
کے نکلنے کے مقامات قری قنال سے	— — — points of exit of, from vertebral
	canal, 694
کے پیدا ہونے کے مقامات	— — — of origin of, 694
مبداریشوں کا جارحہ اعلیٰ کے اعصاب میں	— — — origin of fibres in nerves of upper
	limb, 364
ام حنونا	— — — pia mater, 69
عمود قری یا شوکہ	Spine, 672
کی بوسیدگی	— — — caries of, 233, 683
کے خم	— — — curves of, 672
کے خلوع	— — — dislocations of, 677
کے کسری خلوع	— — — fracture-dislocations of, 680
کے کسور	— — — fractures of, 677
کے وظائف	— — — functions of, 672

کھوپری کی دہاڑت	Skull, thickness of, 18, 23
میں ترخان کرنا	— trephining, 22
کے وریدی سلعات	— venous tumours of, 9
کی چوٹ کو اقل بنانے والی تشریحی حالتیں	— violence applied to, anatomical conditions minimizing, 28
کی ورمی ہڈیاں	— Wormian bones of, 16
آستین نما استیصال جزوی	Sleeve resection, 439
سمتھ (سٹیفن) کا عملیہ	Smith's (Stephen) operation, 624
انگشت ”سکرٹسکی“	“Snap” finger, 346
”ناس دانی“	“Snuff-box,” 339
حنك الرفو	Soft palate, 180
کی رسد خون	— — — blood supply of, 182
کے عضلات	— — — muscles of, 180, 182
کے اعصاب	— — — — — nerves of, 182
شمسی ضغیرہ	Solar plexus, 490
تلوے کی جلد سے وضعی معکوسات	Sole, skin of, postural reflexes from, 637
عضنہ سمکیہ	Soleus muscle, 627, 628
ہڈی شوی مراکز	Somatic spinal centres, 394
شویلب کی فوق مشیمی لمفی فضا	Space of Schwalbe, suprachoroid lymphatic, 72
فضائیں فانٹانا کی	Spaces of Fontana, 82, 83, 84
تشنجی تضیق	Spasmodic stricture, 529, 552
تکام کے لئے حرکی مرکز	Speech, motor centre for, 50
سپنس کا ہتر کندھے کے جوڑ پر	Spence's amputation at shoulder-joint, 297
منوی جبل	Spermatic cord, 536
کی شریانی	— — — arteries of, 537
وریدی	— — — veins, 537
وتدی جوف	Sphenoidal sinus, 37, 128
وتدی حنکی عقدہ	Spheno-palatine ganglion, 36, 139
عاصرہ مبرزی	Sphincter ani, 549
مبالی	— urethrae, 516, 527, 528, 529
عاصری نقاط غذائی قنال کے	Sphincteric points of alimentary canal, 427
شو کہ مشقوقہ	Spina bifida, 698
شوکی (نخاعی) معین عصب	Spinal accessory nerve, 198
بے حس درد	— analgesia, 688
عنکبوتیہ	— arachnoid, 684, 686
مراکز شکمی احشا کے لئے	— centres for abdominal viscera, 394
دیوار کے لئے	— — — — — wall, 389, 393

جوف جانبی	Sinus, lateral, 40
فکی	—— maxillary, 129
وتدی	—— sphenoidal, 37, 128
فوقانی طولی	—— superior longitudinal, 40
اجوائی انفی	Sinuses, nasal, 125
کے عروق لف	—— lymphatics of, 131
وریدی	—— venous, 40
چھٹا عصب . اس کا شلل	Sixth nerve, paralysis of, 67
کھوپڑی	Skull, 13
کی غیر طبیعی حالتیں	—— abnormalities of, 19
بوقت پیدائش	—— at birth, 18, 20
کی عظمی عروابی چھت	—— bony vault of, 14
پر عملیہ	—— operation on, 22
کے مشمولات	—— contents of, 38
کی بد شکلیاں	—— deformities of, 19
کا نمو	—— development of, 19
کی وسیط وریدی	—— emissary veins of, 8
کی بر پڑی ہڈی	—— epipteric bone of, 16
کے یا فوخت	—— fontanelles of, 17
کے کسور	—— fractures of, 27
قاعدہ کے	—— base of, 31
کا میکانیہ	—— mechanics of, 28
عرواب کے	—— vault of, 30
مرکب	—— compound, 33
کی سختی اور چلک	—— hardness and elasticity of, 14
کے سرین نما ارتفاعات	—— uniform elevations of, 19
کا تنخر	—— necrosis of, 21
شیر خوار بچہ کی	—— of infant, 15
کے جداری شقاقت	—— parietal fissures, of, 21
کے ستون	—— pillars of, 28
کے نرم حصے جن سے یہ ڈھکی ہوتی ہے	—— soft parts covering, 1
کے سطحی نقاط	—— surface-points of, 34
کی درزی ہڈیاں	—— sutural bones of, 16
کی درزیں	—— sutures of, 15
ان کا بند ہونا	—— closure of, 28
ان کی علیحدگی	—— separation of, 34
کے صدغی خطہ کا لاشعاعی امتحان	—— temporal region of, X-ray examination of, 34

نیم غشائی عضلہ کا وتر	Semimembranosus tendon, 601
بعضلہ شوکیہ نصفیہ	Semispinalis muscle, 674
نیم وتری عضلہ کا وتر	Semitendinosus tendon, 601
حسی حرکی رقبہ جات بھیجے کے	Sensori-motor areas of brain, 52
حسی رقبہ جات بھیجے کے	Sensory areas of brain, 52, 55
عصب کے کاٹنے کے اثرات	— nerve, effects following section of, 142
کے ریشہ جات کے تین اقسام	— — — fibres, three kinds of, 143
شلل جیل کے تغیرات میں	— paralysis in injuries to cord, 695
فاصل ناک کا	Septum of nose, 119
سسانی ہڈیاں	Sesamoid bones, 634
ساتواں عصب	Seventh nerve, 147
دور قصیر بنانا	Short circuiting, 447, 463
کندھا	Shoulder, 258
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 258
کندھے کا جوڑ یا کندھے کے جوڑ	Shoulder-joint, 285
پر سے پیر	— amputation at, 297
کا سپنس کا طریقہ	— — — Spence's method of, 297
کی جسات	— ankylosis of, 273
کے ارد گرد کی درجکیں	— bursae about, 286
کا کیسہ	— capsule of, 286
کا مرض	— disease of, 287
کا خلع	— dislocation of, 287
کے مشترک خصائص	— — — common features of, 289, 290
انصافی	— luxatio erecta, 289
ذیر ترقوی	— subclavicular, 289
ذیر غرابی	— subcoracoid, 289, 293
ذیر وقبی	— subglenoid, 289, 293
ذیر شوکی	— subspinous, 289, 293
کی زلابی غشا میں سے عطفات	— diverticula from synovial membrane of, 288
کے ارد گرد کے کسور	— fractures about, 294
سپسن کی ردا	Sibson's fascia, 204
سگما نما قلع	Sigmoid hernia, 460
چنبر	— loop, 459
قولون کی ماساریقا	— mesocolon, 459
سگما نما بینی	Sigmoidoscopy, 544
جوف - کہفکی	Sinus, cavernous, 41
جبوی	— frontal, 125

سفینہ	Scaphoid, 634
کا کسر	— fracture of, 356
کا تعظم	— ossification of, 662
کتف	Scapula, 258, 260, 272
اور دیلہ کے لئے علیہ	— and operation for empyema, 260
کا استیصال	— excision of, 275
کا کسر	— fracture of, 274
کے جسم کا	— of body of, 275
جراحی عنق میں سے	— through surgical neck of, 275
کے حرکات	— movements of, 273
کے سماعت	— tumours of, 275
کی ”جناحیت“	— “winging” of, 274
سکارپا کی ردا	Scarp's fascia, 407
کی مثلث (دیکھو فخذی مثلث)	— triangle (<i>see</i> Femoral triangle)
شلم کی قنال	Schlemm, canal of, 82
نسائی شریان	Sciatic artery, 562
فتق	— hernia, 411
عصب عظیم	— nerve, great, 556, 562, 563, 669
کا اشراب	— injection of, 564
کے تملقات	— relations of, 562
کا اطباب	— stretching of, 563
صغیر	— small, 551, 552
کشاؤ کے اندر خلع	— notch, dislocation into, 585, 587
عرق النسا	Sciatica, 562
صلبیہ	Sclera, 71
التواء	Scoliosis, 234, 675
صفن	Scrotum, 533
کے عروق لف	— lymphatics of, 535
کا تہج	— œdema of, 534
کے اساریر	— rugæ of, 533
کی جلد	— skin of, 533
کے اعصاب	— nerves of, 552
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 533
دھنی سلعات چاندلی کے	Sebaceous tumours of scalp, 2
نیم دائری قنال - خارجی	Semicircular canal, external, 103
نیم قمری غضروفات	Semilunar cartilages, 600
کا خلع	— dislocation of, 612
کا میکانیہ	— mechanics of, 612
عتدہ (دیکھو عتدہ گیسری)	— ganglion (<i>see</i> Gasserian ganglion)

عجری حرقی جوڑ	Sacro-iliac joint, 500
تک رسائی	———— access to, 501
مرض میں درد بعید	———— disease of, referred pains in, 501
کے عصبی تعلقات	———— nerve relations of, 501
عجری نسائی سوراخ	Sacro-sciatic foramen, 564
عجز کا خلع	Sacrum, dislocation of, 502
سیمی یا فوخ	Sagittal fontanelle, 21
رتقی ناسور	Salivary fistula, 153
سینٹورین کی تنات	Santroini, duct of, 476
کے شکافات	———— fissures of, 96, 149
سافنی عصب - طویل	Saphenous nerve, long, 593
قتحہ	———— opening, 406, 566
وریدیں	———— veins, 570, 571, 593, 606
لجی سلمی سعدانہ ناک کا	Sarcomatous polyp of nose, 123
عضلہ خیاطیہ	Sartorius muscle, 565, 568, 592
کا خلع	———— dislocation of, 595
عضلات مختلف الاضلاع	Scalene muscles, 194
چاندلی	Scalp, 1
کا خراج	———— abscess of, 12
کے سلعات خون	———— blood tumours of, 13
کے عروق خون	———— blood-vessels of, 6
کی اتصالی بافت	———— connective tissue of, 4
ذیر و جچی	———— subepierianial, 3, 4
کے دویرے	———— cysts of, 2
کا خطر ناک رقبہ	———— dangerous area of, 4
کا سرخ بارد	———— erysipelas of, 6
کی ردا	———— fascia of, 9
کی شیمی بافت	———— fatty tissue of, 3
کا دامن ترلمان کرنے میں	———— flap of, in trephining, 7, 22, 27
کے دموی سلعات	———— hematomata of, 13
کے لمبی غدد اور عروق	———— lymphatic glands and vessels of, 10, 227
کے اعصاب	———— nerves of, 10
کے دھنی سلعات	———— sebaceous tumours of, 2
کی جلد	———— skin of, 2
کی زیر جلدی بافت	———— subcutaneous tissue of, 2
میں تکیح	———— suppuration in, 12
کا صدغی خلع	———— temporal region of, 5
کی حرقت	———— vascularity of, 7
کے زخم	———— wounds of, 11
ان سے جریان خون	———— bleeding from, 7

شبکیہ	Retina, 80
کے عروق	— vessels of, 75
پس ادوری حفرہ	Retrocæcal fossa, 453
پس عارضی رقبہ	Retromalar area, 35
پس عجزی شحم	Retro-orbital fat, 60
پس باریطونی قفق	Retroperitoneal hernia, 446
پس بلعومی خراج	Retropharyngeal abscess, 149, 185, 203
پس حافی خراج	Retropubic abscess, 517
فضا	— space, 517
ریٹزیئس کا سوداخ	Retzius, foramen of, 44
ترقیع الانف	Rhinoplasty, 6, 112
انف بینی - مقدم	Rhinoscopy, anterior, 115
موخر	— posterior, 115
پسلیاں - پسلیوں	Ribs, 236, 380
عنتی	— cervical, 204
پر کساحت کا اثر	— effect of rickets on, 238
کا استیصال	— excision of, 239
کے کسود	— fractures of, 237
کساحت کا اثر - حوض پر	Rickets, effect of, on pelvis, 498
پسلیوں پر	— — on ribs, 238
کھوپری پر	— — on skull, 18
قصبیہ پر	— — on tibia, 632
کساحتی حوض	Rickety pelvis, 498
” سبجہ “	“ — rosary,” 238
عظم الراکب	Rider's bone, 569
سواروں کی موجیں	— sprains, 569
ریڈل کا لختہ	Riedel's lobe, 467
فتحہ المازمار	Rima glottidis, 192, 211
ریوینی کا کٹاؤ	Rivini, notch of, 98
رولینڈو کا شقاق	Rolando, fissure of, 26, 49, 53
رنجی شماعین (دیکھو لاشماعوں سے امتحان)	Rontgen rays (see X-ray examination)
روز نعلر کا حفرہ	Rosenmüller, fossa of, 109
عضلات مدورہ شوکیہ	Rotatores spinæ muscles, 674
روح کا عملیہ	Rouge's operation, 115
تاجک دار مثانہ	Sacculated bladder, 521
تعجز	Sacralization, 677
عجزی عصمی جوڑ کا خلع	Sacro-coccygeal joint, dislocation of, 502
سلما	— tumours, 502

معائے مستقیم کا خلقی فقدان	Rectum, congenital absence of, 461
کا نقص	—— deficiency of, 461
کے تشوہات	—— malformations of, 550
کا تمدد فوق عانی حصہ شکافی میں	—— distension of, in suprapubic lithotomy, 544
کی تقسیم دو حصوں میں	—— division of, into two parts, 544
کا استیصال	—— excision of, 542
میں سے غدہ قدامیہ وغیرہ کا استقصاء	—— exploring prostate, etc, through, 543
کے شکن	—— folds of, 545
میں اجسام غریبہ	—— foreign bodies in, 544
عورت میں	—— in female, 544
شیرخوار بچہ میں	—— in infant, 461
کے عروق لف	—— lymphatics of, 546
کی غشائے غاطی	—— mucous membrane of, 545
کی عصبی رسد	—— nerve supply of, 547, 551
جزوی استیصال	—— resection of, 547
کی مصلی غشا	—— serous membrane of, 542
کے مصاریع	—— valves of, 545
کے عروق	—— vessels of, 546
مستقیمہ بطنیہ	Rectus abdominis muscle, 378, 386
فخذیہ	—— femoris muscle, 592
باز گردن جری عصب	Recurrent laryngeal nerve, 217
درد بعید	Referred pain, 160, 250, 368, 393, 491, 501, 630, 646
مکوس انقباض کسر سے	Reflex contraction from fracture, 306
احشائی مرض سے	—— from visceral disease, 387
ریڈ کا قاعدی خط	Reid's base line, 25
کلوی خراج	Renal abscess, 482
شریان	—— artery, 381
حصیات	—— calculi, 488
حوض	—— pelvis, 479, 488
نفیرہ	—— plexus, 553
سلمعات	—— tumours, 487
(نیز دیکھو گردہ)	—— (see also Kidney)
تنفس عمود قری کی چوٹوں میں	Respiration in spinal injuries, 695
تنفسی ورزشیں ضمنی نائٹس میں	Respiratory exercises in postural defects, 675
حرکات جیسا کہ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتی ہیں	—— movements as shown by X-rays, 254
شبکہ خصیہ	Rete testis, 541

بوابی ضیق	Pyloric stenosis, 433
بواب	Pylorus, 432, 433
کا سرطان	— cancer of, 477
نا شبانی نما حفرہ	Pyriform fossa, 210
عضلہ قطنیہ مربعہ	Quadratus lumborum muscle, 674
ذو اربعۃ الرؤس کے وتر کا انشقاق	Quadriceps, tendon of, rupture of, 595
عاذور تک رسائی	Quinsy, access to, 188
کعبری شریان	Radial artery, 327, 339, 351
عصب	— nerve, 304, 305, 325, 361, 364, 365
کا شلل	— — — paralysis of, 304, 368, 370
اپری زائد ے	— styloid processes, 336, 355
کلی علاج ادبی قیق کا	Radical cure of inguinal hernia, 405
کعبری وسفی جوڑ	Radio-carpal joint, 336, 352
شعاعی تشخیص (دیکھی لاشعاعی امتحان)	Radio-diagnosis (see X-ray examination)
کعبری ذراعتی جوڑ	Radio-humeral joint, 309
کعبہ کا اخلع	Radius, dislocation of, 317
کے کسور	— fractures of, 323, 331
کے تعلقات زند کے ساتھ	— relations of, with ulna, 328
کی سطحی ترسیدیں	— surface markings of, 328
ریسٹلیٹ کا عملیہ	Rammstedt's operation, 433
ضدعی شریان اور ورید	Ranine artery and vein, 170
ضدعہ	Ranula, 168
حاد	— acute, 169
خزانہ کیلوس	Receptaculum chyli, 257
مستقیم ملقہ غدہ قدامیہ کا	Rectal connissure of prostate, 523
عضلات مستقیمہ کانفراج	Recti, divarication of, 384
(مقلہ کے)	— muscles (eyeball), 64
قلیلہ مستقیمہ مہبلی	Rectocele, vaginal, 539
مستیمی قولونی عامری خطلہ	Recto-colic sphincteric tract, 429
مستیمی برمعدی مثث	Recto-epigastric triangle, 400
مستیمی مہبلی نا سور	Recto-vaginal fistula, 539
مستیمی مثانی جیب	Recto-vesical pouch, 518, 542
فاصل	— septum, 525
معائنہ مستیم	Rectum, 542
کی چسپیدگیان	— attachments of, 505, 545
کا سرطان	— cancer of, 547

غده قدامیہ کے عروق لاف	Prostate, lymphatics of, 525
کے اعصاب	— nerves of, 525
کا افراز	— secretion of, 523
کا غلاف	— sheath of, 524
قدامیہ برآری	Prostatectomy, 526
قدامی مبال	Prostatic urethra, 527, 528
رحمک	— utricule, 530
وریدی پتھر	— venous plexus, 513, 524
التهاب قدامیہ	Prostatitis, 525
نظر مرضی حس پذیری	Protopathic sensibility, 143, 362
حکۃ المبرز	Pruritus ani, 549
خضری خراج	Psoas abscess, 415, 568
عضلہ	— muscle, 568
پرینہ	Pterion, 16, 23, 49
جینیچی عضلہ خارجی	Pterygoid muscle, external, 158
جینیچی چانوی رباط	Pterygo-mandibular ligament, 169
استرخا - شکمی	Ptosia, abdominal, 423, 445, 448
چفن کا (سقوط الجفن)	— of eyelid, 66
جگر کا	— of liver, 467
معدہ کا	— of stomach, 432
عظم عانی پر کا خلع	Pubes, dislocation upon, 585, 590
کے کسور	— fractures of, 500
عانی ملتقہ	Pubic commissure, 523
خط	— line, 558
شو کہ	— spine, 379
حیائی قلع	Pudendal hernia, 411
حیائی شریان	Pudic artery, 512
عصب	— nerve, 551, 552
”کھینچی ہوئی کہنی“	“Pulled elbow,” 319
رثوی سکتہ	Pulmonary apoplexy, 249
دانت کا مغز	Pulp, dental, 163
نقاط دمعیہ	Puncta lacrimalia, 89
حدق غشا	Pupillary membrane, 73
تلیح الدم میں جگر	Pyæmia, liver in, 469
بوابی دھنہ	Plyoric orifice, 432
عامرہ	— sphincter, 429
کی بیش پرورش	— — hypertrophy of, 433

ما بینی اعصاب	Popliteal nerves, 6p2
کا شلل	—— paralysis of, 670
فضا (دیکھو گھٹنے کی ما بینی فضا)	—— space (<i>see</i> Knee, popliteal space of)
عروق	—— vessels, 605, 623
باقی دوران خون کا تسدد	Portal circulation, obstruction of, 494
پس اذینی لمفی غدہ	Postauricular lymphatic glands, 227
پس مرکزی تلفیف	Postcentral convolution, 52
موخر منخرین	Posterior nares, 115
انف بینی	—— rhinoscopy, 115
فوقی شوکہ	—— superior spine, 554
پس بستہ ضغیرہ	Postfixed plexus, 204, 205
پس انی بالیدیں	Postnasal growths, 184
پس کلوی ردا	Postnephric fascia, 482
خلف البلوم خراج (دیکھو پس بلومی خراج)	Postpharyngeal abscess (<i>see</i> Retropharyngeal abscess)
وضعی مموکسات	Postural reflexes, 637
پاٹ کا مرض	Pott's disease, 233, 683
کا کسر	—— fracture, 649
پوپارٹ کا دباط	Poupart's ligament, 379, 565
پیش اذینی لمفی غدہ	Preauricular lymph-glands, 227, 229
پیش مرکزی تلفیف	Precentral convolution, 52
پیش بستہ ضغیرہ	Prefixed plexus, 204, 205
پیش منغذی نقطہ	Premeatal point, 35, 37
پیش کلوی ردا	Prenephric fascia, 482
حیوانات غلفہ	Preputial ocelli, 533
فشاری عطافات	Pressure diverticula, 223
پیش مثانی فضا	Prevesical space, 517
زائده رستکی	Processus funicularis, 402
غمدیہ	—— vaginalis 397, 400, 401, 403, 405
اکباب	Prenation, 329
غده قدامیہ	Prostate, 518, 523
کا خراج	—— abscess of, 525
کا کسمہ	—— capsule of, 523
ک ملتقات	—— commissures of, 523
کی قناتیں	—— ducts of, 523
کی بیشی پوروش	—— hypertrophy of, 525
کے لختیے	—— lobes of, 523

نورترہی	Photophobia, 77
ڈایا ہرامی صعب	Phrenic nerve, 199, 250
ام جنونہ	Pia mater, 43, 691
کبوتر ہونگی	Pigeon breast, 233
پواسیر	Piles, 546
پنگ پانگ گیند کے کسور	Ping-pong ball fractures of, 15
میروان الاذن	Pinna, 93
پروگائی کا بتر	Pirogoff's amputation, 666
نخامی جسم	Pituitary, body, 45
تک رسائی	———— access to, 47
حفرہ	———— fossa, 37
سلبات	———— tumours, 47
انجمی عراب (شریانی) کے زخم	Plantar arch (arterial), wounds of, 643
کافیام	———— maintenance of, 653
شریانی	———— arteries, 636
ردا	———— fascia, 636, 638
اعصاب	———— nerves, 637
انجمی کے وتر کا انشقاق	Plantaris tendon, rupture of, 623
عضلہ منتشرہ	Platysma myoides, 191
پلورا	Pleura, 247
کی عصبی دسد	———— nerve supply of, 249
کے تعلقات سطح کے ساتھ	———— relations of, to surface, 247
کے زخم	———— wounds of, 203, 347
پلورائی انضمامات	Pleural adhesions, 249
کیفہ کا پرل	———— cavity, paracentesis of, 233
ننہ جلالی	Plica semilunaris, 188
زیر لسانی	———— sublingualis, 168
مثلی	———— triangularis, 188
عرق کے تعلقات (شکل ۹۱)	———— vascularis, relations of, 402 (Fig. 91)
استرواج الصدر	Pneumothorax, 247
پولٹزر کا طریقہ اذن وسطی کو متنفخ کرنے کا	Politzer's method of inflating middle ear, 108
پولیا کا عملیہ	Polya's operation, 439
سعدا بنے۔ ناک کے	Polypi, nasal, 122
مابقی خراج	Popliteal abscess, 604
شریان	———— artery, 605, 623
کانورسا	———— aneurysm of, 605, 607

حرکت دوزی غذائی خطہ میں	Peristalsis in alimentary tract, 429, 452
حالب میں	— in uréter, 489
باریطونی انضمامات	Peritoneal adhesions, 422
روابط	— communications, 422
فضائیں	— spaces, 422
باریطون	Peritoneum 418
کے حفرہ جات	— fossæ of, 399, 453
کے ساتھ مٹانہ کے تعلقات	— relations of bladder to, 517
کی پن ڈھالیں	— watersheds of, 422
التهاب باریطون	Peritonitis, 418
شقی شریان	Peroneal artery, 626, 628
عضلات	— muscles, 625
عصب	— nerve, 605, 636
کا شلل	— — paralysis of, 670
بند	— retinaculum, 640
وتر	— tendon, 635
درنہ	— tubercle, 635
قدم مکسف	Pes cavus, 638, 660
پیش کی مثلث	Petit's triangle, 380, 416
حجری فلسائی درز	Petro-squamous suture, 101
ورید	— vein, 101
سلامیات پاؤں کی انگلیوں کے۔ ان کے کمور	Phalanges of toes, fractures of, 662
انگوٹھے کے قریبی سلامیہ کا خلع	Phalanx of great toe, proximal, dislocation of, 662
وہمی سلمہ	Phantom tumour, 386
بلمومی شریان صمودی	Pharyngeal artery, ascending, 182, 189
حطفہ	— diverticulum, 183
دھنہ یوسٹیکین نلی کا	— orifice of Eustachian tube, 108
جیبیں	— pouches, 223
گوشہ	— recess, 109
عاصرہ	— sphincter, 429
لوڑہ	— tonsil, 109, 184
بلموم	Pharynx, 182
کے ابعاد	— dimensions of, 182
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 182
کے غدہ لف	— lymphatic glands of, 229
کی غشائے مخاطی	— mucous membrane of, 183
میں غدہ آسایافت	— adenoid tissue in, 184
کے تعلقات	— relations of, 185
التهاب ورید فخذی ورید کا	Phlebitis of femoral vein, 570
وریدی حصیات	Phleboliths, 489

حوضی اعضاء تلوہ دسانی
کی تثبیت اور انکے حرکات
کے اعصاب

حوض

کی عراب

کی ردا

کا فرش

اس کے روزن

کے کسور

کامیکانیہ

کے اعصاب

کلوی

کساحت زدہ

میں معائنے صغیر

کی زیر مصلی بافت

قضیبی مبال

قضیب

کی غیر طبیعی حالتیں

کے عروق لف

کی جلد

کے اعصاب

کی زیر جلدی بافت

کی حریت

فرحہ نائب پاؤں کا

گرد قلبہ

کا چل

گرد جسمہ

عجانی ردا

فتق

حصات شکافی

عجری بول

گرد کاوی خراج

عجیان مردانہ

کی گہرائی

کے اعصاب

گرد پی غشا

گرد عظمہ

گرد کلوی میزہ

شحم

Pelvic viscera, access to, 564

— — — fixation and movements of, 505

— — — nerves of, 551

Pelvis, 497

— arch of, 497

— fascia of, 503

— floor of, 503

— — — apertures in, 503

— fractures of, 498

— mechanism of, 497

— nerves of, 551

— renal, 479, 488

— rickety, 498

— small intestine in, 441

— subserous tissue of, 506

Penile urethra, 527, 529

Penis, 531

— abnormalities of, 532

— lymphatics of, 531

— skin of, 531

— — — nerves of, 551

— subcutaneous tissue of, 531

— vascularity of, 531

Perforating ulcer of foot, 638

Pericardium, 251

— paracentesis of, 239, 253

Pericranium, 4

Perineal fascia, 511

— hernia, 411

— lithotomy, 514

— urethra, 527

Perinephric abscess, 481

Perineum, male, 507

— — — depth of, 509

— — — nerves of, 551, 552

Periodontal membrane, 163

Periosteum, 5

Perirenal capsule, 482

— fat, 482

شل عضلہ متحرکہ کا	Paralysis of trapezius, muscle, 273
زندہی عصب کا	— of ulnar nerve, 373
شل ایلیئس	Paralytic ileus, 442
نزد وسطی شکاف	Paramedian incision, 389, 438, 487
نزد جوئیہ جات	Parasinoidea, 40
طفیلی جنینات	Parasitic foetuses, 502
نزد درق اجسام	Parathyroid bodies, 220
جداری ہڈی کے تعلقات	Parietal bone, relations of, 51
شفاق	— fissure, 21
جداری قذالی شفاق	Parieto-occipital fissure, 51
داحس	Paronychia, 342
نسکھی خراج	Parotid abscess, 149
قنات	— duct, 152
ردا	— fascia, 148
غده	— gland, 147
کال التهاب	— inflammation of, 152
لمفی غدد	— lymphatic glands, 152, 227
عصبی رسد	— nerve supply, 149
خطہ	— region, 147
ساختیں	— structures, 150
دلعات	— tumours, 152
پیرٹ کے کریب	Parrot's nodes, 19
جرو مثالی	Pars triangularis, 51
وضفہ (چپنی)	Patella, 599
کی رسد خون	— blood supply of, 601
کی مفقعی عدم موجودگی	— congenital absence of, 617
کانمو	— development of, 617
کاخلع	— dislocation of, 617
کے کسور	— fractures of, 615
رضقی درجک	Patellar bursa, 603
رباط	— ligament, 599, 610
مدری غدد	Pectoral glands, 243
مدریہ کبیرہ	Pectoralis major, 261
مغیرہ	— minor, 262, 277
حوضی خراج	Pelvic abscess, 574
قوابون	— colon, 457, 459
کے مخاطی طبقہ کے مضاعف حطافات	— multiple diverticula of mucous coat of, 461
عجری بول	— urethra, 527

عضلہ راحیہ طویلہ کا وتر	Palmaris longus tendon, 334
جفنی شریانیں	Palpebral arteries, 75
وہاڈ	— ligament, 90
سلاک نما ضمیرہ	Pampiniform plexus, 537
لببہ	Pancreas, 476
کا سرطان	— cancer of, 477
کا اندرونی المراز	— internal secretion of, 478
لبی دویرے	Pancreatic cysts, 478
قناتیں	— ducts, 476
سبل	Pannus, 70
تبہج حلیسی	Papilledema, 81
پزل گرد قلبہ کا	Paracentesis of pericardium, 239, 253
پلورائی کہفہ کا	— of pleural cavity, 238
شل شوکی تضررات میں	Paralysis in spinal injuries, 695
مقدم ساق عصب کا	— of anterior crural nerve, 667
ذورا سین کا	— of biceps, 268
عضدی ضمیرہ کا	— of brachial plexus, 368
عضلہ عضدیہ کا	— of brachialis muscle, 268
عضلہ عضدیہ کمبریہ کا	— of brachio-radialis muscle, 268
عقی مشارکی کا	— of cervical sympathetic, 68
ارب کا	— of Erb, 282
خارجی ما بقی عصب کا	— of external popliteal nerve, 670
وجبی عصب کا	— of facial nerve, 90, 151
پانچویں عصب کی قسمت اول کا	— of first division of fifth nerve, 67
چوتھے عصب کا	— of fourth nerve, 67
داخلی ما بقی عصب کا	— of internal popliteal nerve, 670
طویل مددی عصب کا	— of long thoracic nerve, 273
وسطی عصب کا	— of median nerve, 376
عضلی مرغولی عصب کا	— of musculo-spiral nerve, 304, 368, 370
عصب سادکا	— of obturator nerve, 669
عحرك العين عصب کا	— of oculo-motor nerves, 67
عجری اعصاب کا	— of orbital nerves, 66
شظی عصب کا	— of peroneal nerve, 670
معین نما عضلات کا	— of rhomboid muscles, 273
عضلہ منشاریہ کبیرہ کا	— of serratus magnus, 273
چھٹے عصب کا	— of sixth nerve, 67
معاے ضمیرہ کا	— of small intestine, 441
تیسرے عصب کا	— of third nerve, 66
قمبیو (داخلی ما بقی) عصب کا	— of tibial nerve, 670

عجری کے عضلات	Orbit, muscles of, 64
کے اعصاب	— nerves of, 66
کا شلل	— — paralysis of, 66
کی دیواروں کے تعلقات	— relations of walls of, 60
میں سلمات	— tumours in, 61
نایضہ	— — pulsating, 65
عجری خراج	Orbital abscess, 60
شحم	— fat, 60
عضلہ عجریہ	Orbitalis muscle, 68
عظم المقب	Os calcis, 634, 635
کے کسور	— — fractures of, 661
کا تعظم	— — ossification of, 662
عظم تاری	— capitatum, 356
لا اس کے کسور	— innominatum, fractures of, 499
کبیر کا خلع	— magnum, dislocation of, 356
مثالث	— trigonum, 661
عظمی تہ	Osseous labyrinth, 110
استخوانچے کا ن کے	Ossicles of ear, 100, 101, 103
التهاب العظم تشوہی	Osteitis deformans, 19
عظمی ترقیمی دامن	Osteoplastic flap, 27
مبیضی حوضی رباط	Ovario-pelvic ligament, 541
مبیض	Ovary, 540
کے عروق لمف	— lymphatics of, 540
کے اعصاب	— nerves of, 540
کے پرورشی اثرات	— trophic influence of, 540
سے متعلق آثاری ساختیں	— vestigial structures connected with, 541
پاسینی کے اجسام پاؤں میں	Pacinian bodies in foot, 637
ہاتھ میں	— — in hand, 341
درد کا احساس	Pain, sensation of, 362
حنك	Palate, 177
مشقوق	— cleft, 177
کا نمو	— development of, 177
الصلب	— hard, 179
کے لمفی غدہ	— lymphatic glands of, 229
الرخو	— soft, 180
کئی خراج	Palmar abscess, 345
مفاقی	— aponeurosis, 338, 343
عجری	— arches, 339, 350
سطح	— surface, 336

سنی زائده	Odontoid process, 682
سنی سلمات	Odontomes, 163
مری شکافی	Esophagotomy, 224
مری	Esophagus, 220
کا سرطان	— cancer of, 223
کے خم	— curves of, 221
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 223
کے تشوہات	— malformations of, 223
کے علاقہ جات	— relations of, 222
کی حسی عصبی رسد	— sensory nerve supply of, 223
کے عضلات عامرہ	— sphincters of, 222, 429
ذج	Olecranon, 309
کا برہالہ	— epiphysis of, 323
کے کسور	— fractures of, 323
شمی اعصاب	Olfactory nerves, 124
قولون کا اومیکا نمائندہ	Omega loop of colon, 459
ثربی فتق	Omental hernia, 420
تاچہ	— sac, 420
ثرب - معدی کبدی	Omentum, gastro-hepatic, 436, 471
کبیر	— great, 419
کتفیہ لامیہ	Omo-hyoid, 193
ناخن کی گدی کا التهاب	Onychia, 342
رمد مشارکی	Ophthalmia, sympathetic, 79
بھری قرص	Optic disc, 81
سوداخ	— foramen, 37, 81
عصب	— nerve, 66, 80
عصب کا التهاب	— neuritis, 81
عرشہ	— thalamus, 52
حاشیہ مسنن	Ora serrata, 80
عضلہ عیقلۃ العینیہ	Orbicularis oculi, 90
کا تشنج	— spasm of, 77
عجبر	Orbit, 59
میں خراج	— abscess in, 60
کے اندر تک رسائی	— access to interior of, 59
کے عروق خون	— blood-vessels of, 65
کی عظمی دیواریں	— bony walls of, 59
کے قطر	— diameters of, 59
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 61
کے غدہ لاف	— lymphatic glands of, 229

حلمہ (بھٹی)	Nipple, 242
حلمے - مستزاد	Nipples, supernumerary, 245, 567
عدم اتحاد ذراعیہ کے کسر کے بعد	Non-union after fracture of humerus, 306
ناک	Nose, 112
سے جریان خون	— bleeding from, 123
کی رسد خون	— blood supply of, 123
کی ہڈیوں کا کسر	— bones of, fracture of, 113
کا غضروفی حصہ	— cartilaginous part of, 113
کا فرش	— floor of, 120
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 118
کے عروق لف	— lymphatics of, 125
کے منافذ	— mentuses of, 114, 119
میں جوجوفی اور قناتیں کھلتی ہیں	— — sinuses and ducts opening into, 114
کی غشائے مخاطی	— mucous membrane of, 121
کی عصب رسد	— nerve supply of, 124
کی بیرونی دیوار	— outer wall of, 119
کا فاصل	— septum of, 119
کی جلد	— skin of, 112
(نیز دیکو انی)	— (see also Nasal)
کشاؤ روینی کا	Notch of Rivini, 98
نک کی قنال	Nuck, canal of, 404
مغذی شریان	Nutrient artery, 300
عضلات موربہ تحتانیہ و فوقانیہ	Oblique, inferior and superior, muscles, 65
داخلہ و خارجہ	— internal and external, muscles, 674
ساد شریان - غیر طبعی	Obturator artery, abnormal, 408
قنال	— canal, 410
خلع	— dislocation, 585, 588
ردا	— fascia, 503
قتق	— hernia, 410
عصب	— nerve, 579
کا شلل	— — — — — paralysis of, 667
قذالی شریان	Occipital artery, 196
ہڈی کا تنخر	— bone, necrosis of, 173
یافوخ - عارضی	— fontanelle, temporary, 20
لمبی غد	— lymphatic glands, 227
عصب صغیر	— nerve, small, 198
اثنا عشری کی مسدودی	Occlusion of duodenum, 445
حرك العين اعصاب کا شلل	Oculo-motor nerves, paralysis of, 67
سی ناہضات	Odontoblasts, 163

انفی عصب	Nasal nerve, 76, 78
سعدا نے	— polypi, 122
اجواف	— sinuses, 125
(نیزہ یکھو ناک)	— (see also Nose)
انفی دمئی قنات	Naso-lacrymal duct, 91
ناک (دیکھو سرہ اورسری)	Navel (see Umbilicus and Umbilical)
زورقی ہڈی (دیکھو سفینیہ)	Navicular bone (see Scaphoid)
گردن	Neck, 191
کا خراج	— abscess of, 203
میں ہوائی تاجہ	— air-sac in, 232
میں پھیپھڑے کا راس	— apex of lung in, 203
کے عروق خون	— blood-vessels of, 195, 224
کے عظمی نقاط	— bony points of, 191
کے خلقی ناسور	— congenital fistule of, 230
کی ردا ئیں	— fascie of, 200
کا قیلہ مائیہ	— hydrocele of, 232
کے ابی غدد	— lymphatic glands of, 227, 229
کا خط وسطی	— middle line of, 192
کے عضلات	— muscles of, 193
کے اعصاب	— nerves of, 198
میں پسلیاں	— ribs in, 205
کی جانب	— side of, 193
کی جلد	— skin of, 191
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 191
میں مدری قنات	— thoracic duct in, 229
کے زخم	— wounds of, 207
تنخر فک کا	Necrosis of maxilla, 153
کھوپری کا	— of skull, 21, 173
نیلین کا خط	Nelaton's line, 557
گردہ برآدی	Nephrectomy, 487
کلوی حصات شکافی	Nephrolithotomy, 487
عصبی اشراب	Nerve-injection, 140, 142, 281, 564
اعصاب کے نقاط شکست	Nerves, breaking-points of, 563
حسی-تراش کے ہمد کے اثرات	— sensory, effects following section of, 142
(نیز دیکھو مختلف خطے)	— (see also various regions)
اٹناب عصب	Nerve-stretching, 563
عصبی عروا ئیں	Neural arches, 698
وجع العصب - وجعی	Neuralgia, facial, 136
التهاب عصب - بصری	Neuritis, optic, 81

منرو کا سوراخ	Monro, foramen of, 44
منرو کا نقطہ	Monro's point, 426
منٹگمری کے جراب	Montgomery's follicles, 242
مارگینی کے کالم	Morgagni, columns of, 548
حرکی رقبہ	Motor area, 26, 53
مراکز کا شلل جہل کے تفرق میں	— centres, paralysis of, in injuries to cord, 695
منہ	Mouth, 165
کے ادیمیہ نما دوبرے - خلقی	— dermoid cysts of, congenital, 170
کے ابئی غدد	— lymphatic glands of, 229
کے درق دوبرے - خلقی	— thyroid cysts of, congenital, 170
حرکت پذیر گردہ	Movable kidney, 482
غاطی دوبرے	Mucous cysts, 166
غشا (دیکھو مختلف خطے)	— membrane (see the various regions)
سعدانہ ناک کا	— polyp of nose, 122
کثیر الزوایا کبیر	Multiangulum majus, 336
عضلات شوکیہ متعدد الحصص	Multifidus spinæ muscles, 674, 675
سادیر	Musca volitantes, 83
عضلات کی جماعت بندی بلحاظ فعل	Muscles, functional classification of, 352
(نیز دیکھو نام بنام)	— (see also name of each)
عضلی جلدی عصب	Musculo-cutaneous nerve, 300, 637
عضلی مرغولی (کعبری) عصب	Musculo-spiral (radial) nerve, 304, 325, 368
کا شلل	— — — — paralysis of, 304, 370
عضلی مموی زنجیرہ	Myenteric plexus, 430
چاقو لامي عضلہ	Mylo-hyoid muscle, 139, 147, 156, 159
تعظمی التهاب عضلہ	Myositis ossificans, 314
غاطی اذیمہ	Myxædema, 219
ہاتھ کے ناخن	Nails of hand, 342
منخرین مقدم	Nares, anterior, 115
موخر	— posterior, 115
انفی کفہہ جات	Nasal cavities, 114
بچوں میں	— — — — in children, 116
کے لمفی غدد	— — — — lymphatic glands of, 229
کے تعلقات	— — — — relations of, 117
کی چھت	— — — — roof of, 118
کی شکلیں	— — — — shapes of, 116
سے التهاب کا انتشار	— — — — spread of inflammation from, 117
نطاول	— douche, 118
قنات	— duct, 91

ذقی سوراخ	Mental foramen, 130
مرسیئر کی سلاخ	Mercier's bar, 521
ماساریقی شریانیں	Mesenteric arteries, 381, 492
قتق	—— hernia, 446
مضفرہ	—— plexus, 491
ماساریقا	Mesentery, 420
کی چسپیدگی پر سے تراوش۔ علیہ یک بعد	—— attachment of, leakage along, after operation, 447
میں سوراخ	—— holes in, 421
کی ناقص چسپیدگیاں	—— imperfect attachments of, 421
کا طول	—— length of, 421
زائدہ کی	—— of appendix, 451
کی جداری چسپیدگی	—— parietal attachment of, 420
ماساریقی قولونی قثق	Mesocolic hernia, 446
ماساریقائے قولون	Mesocolon, 456
ماساریقی معدی قثق	Mesogastric hernia, 446
ماساریقائے جگر	Mesohepar, 468
بمدرستی سلامی جوڑاں گونٹھے کا۔ اسکے خلوع	Metacarpo-phalangeal joint of thumb, dislocations at, 357
بمدرستی ہڈیوں کے کسور	Metatarsal bones, fractures of, 662
بمدرستی سلامی جوڑ	Metatarso-phalangeal joints, 635, 641
جبینی درز	Metopic suture, 17
تبّول شو کی ضررات میں	Micturition in spinal injuries, 520, 696
کا عصبی میکانیہ	—— nervous mechanism of, 520, 696
بین دستی جوڑ	Midcarpal joint, 352
وسطی قولونی عامرہ	Midcolic sphincter, 429
وسطی اذن	Middle ear, 101
کی رسدخون	—— blood supply of, 109
کی تغیرینج	—— inflation of, 101
کے عروق لف	—— lymphatics of, 110
(نیز دیکھو کہنہ طبلی)	—— (see also Tympanic cavity)
سجائی شریان	—— meningeal artery, 39, 138
وسطی کان کے مرض سے پیدا شدہ دماغی خراج	Middle-ear disease, cerebral abscess from, 52
وسطی پرمعدی مستوی	Midpigastic plane, 380, 425
نقطہ	—— point, 425
وسطی زیرمعدی خط	Midhypogastric line, 426
نقطہ	—— point, 426
وسطی حماری جوڑ	Midtarsal joint, 635
وسطی وجہ نقطہ	Midzygomatic point, 35, 37
”کان کن کی کہنی“	“Minier's elbow,” 314

میکی کا عطافہ	Meckel's diverticulum, 386, 443
کا عائدہ	— ganglion, 139
کی فضا	— space, 137, 145
وسطانی جلدی عصب	Medial cutaneous nerve, 300, 302, 312
”وسطی شریان“	“Median artery,” 351
باسلیق ورید	— basilic vein, 308, 311
کا انتخاب فصدہ اور نقل الدم	— — — — — selection of, for venesection, transfusion, and injections, 311
اور اشم ابات کے لئے	— cephalic vein, 308, 311
قیغالی ورید	— commissure of prostate, 523
مکتہ غدہ قدامیہ کا	— nerve, 303, 325, 328
عصب	— — — — — paralysis of, 376
کا شلل	— vein, 311
ورید	Mediastina, abscess of, 236, 254
منامف کا خراج	— glands of, 255
کے غدہ	— tumours of, 255
کے سلعات	Mediotarsal joint, 652
وسطانی تارقی جوڑ	— — — — — amputation at, 666
پر بر	Medulla spinalis (see Spinal cord)
بغاع شوکی (دیکھو جبل شوکی)	Meibomian glands, 85
میو می غدہ	— cyst, 87
دویرہ	Megacolon, 460
کلائی قولون	Membrana tympani, 98
غشائے طبلی	— — — — — blood and nerve supply of, 100
کی خونی اور عصبی رسد	— — — — — light reflex of, 100
کا معکوسہ نور	— — — — — rupture of, 99
کا انشقاق	Membranous urethra, 512, 529
غشائی مجری بول	Meningeal artery, anterior branch, 23
سجائی شریان - مقدم شاخ	— — — — — posterior branch, 24
موخر شاخ	Meninges of brain, 38
اسجیہ دماغ	— — — — — spread of inflammation to, from nose, 117, 118
تک التهاب کا انتشار ناک سے	— of spinal cord, 684, 685, 686
جبل شوکی	Meningitis from abscess in ear, 96
التهاب سجایہ کان کے اندر کے خراج سے	— — — — — from inflammation of nasal fossae, 117, 118
النی حفرہ جات کے التهاب سے	— spinal, from bed-sores, 686
شوکی بستری قروح سے	Meningocele, 20, 114, 119
قبیلہ سجائیہ	— — — — — spinal, 698
شوکی	Meningo-myelocoele, 698
سجائی ہی قبیلہ	Menisci (see Semilunar cartilages)
هلا لیے (دیکھو نیم قمری غضروفات)	

پستانی شریان - داخلی	Mammary artery, internal, 240, 254
چانہ	Mandible, 155
کا اکیلل نما زائده	— coronoid process of, 169
کی بد شکلیاں	— deformities of, 160
کا استیصال	— excision of, 158
کا کسر	— fracture of, 155
کے اعصاب	— nerves of, 160
چانوی مفصل	Mandibular joint, 157
کا خلع	— — — — dislocation of, 157
کا خلع جروی	— — — — subluxation of, 158
ید القم	Manubrium, 235
چبانے کے عضلات	Mastication, muscles of, 160
کا شنجی انقباض	— — — — spasmodic contraction of, 173
حلمی مغارہ	Mastoid antrum, 103
تک رسائی	— — — — access to, 106
کا مدخل	— — — — aditus of, 103
کی گہرائی	— — — — depth of, 105
کی سطحی ترسیم	— — — — surface marking of, 106
خلیات	— cells, 106
لمبی غدہ	— lymphatic glands, 227
زائده	— process, 103, 106
کے انواع اور اسکے اقسام	— — — — types and varieties of, 107
حلمی جداری ستون	Masto-parietal pillar, 37
فک	Maxilla, 153
کا استیصال	— excision of, 154
کا کسر	— fracture of, 153
کا تنخر	— necrosis of, 153
کے اعصاب	— nerves of, 160
کا گرد عظمہ	— periosteum of, 153
فکی شریان - داخلی	Maxillary artery, internal, 182, 189
جوف (دیکھو ہائی مور کا مغارہ)	— sinus (see Antrum of Highmore)
منفذ سمعی خارجی (سماخ الاذن)	Meatus, auditory, external, 37, 94
کی رسد خون	— — — — blood supply of, 96
کی عصبی رسد	— — — — nerve supply of, 97
داخلی	— — — — internal, 37
عجری بول کا	— of urethra, 529
منافذ ناک کے	Meatuses of nose, 114, 119

قطنی قنات کے مستعرض زوائد کا کسر	Lumbar vertebrae, transverse processes of, fracture of, 682
عضلات قطنیہ کا شلل	Lumbricales, paralysis of, 374
پھیپھڑا یا پھیپھڑے	Lung, 245
کا ر اس۔ گردن میں	— apex of, in neck, 203
کے کہنہ جات کی مسیلت	— cavities, drainage of, 249
کا مربوط	— collapse of, 248, 249
سے نری	— hemorrhage from, 248
کا قتی	— hernia of, 248
کے کیستی دویرے	— hydatid cysts of, 249
کے تعلقات سطح سے	— relations of, to surface, 245
کی جڑ کا تکشف	— root of, exposure of, 250
کے ہوائی کیسکوں کا اشتقاق	— rupture of air-vesicle of, 248
کے زخم	— wounds of, 247
ذنبہ احمرادی	Lupus erythematosus, 112
لشکا کا لوزہ	Luschka's tonsil, 109, 184
خلع انتصابی	Luxatio erecta, 289
کہنہ کی لمبی وعائی سلمہ	Lymphangionia cavernosum, 175
لمبی "مدار"	Lymphatic "cuvrass," 241
غدد اور عروق (دیکھو مختلف خطے)	— glands and vessels (see various regions)
مکرئی کا خط	McCurdy's line, 558
کبرالسان	Macroglossia, 175
میچنڈی کا سوراخ	Magendie, foramen of, 42, 44
عارضی زاویہ	Malar angle, 35
ہڈی	— bone, 133
کمیسیے (ٹخنے)	Malleoli, 634
"ہتھوڑی انگلی"	"Mallet-finger," 354
پستان	Mamma, 240
کی شریانیں	— arteries of, 240, 245
کا سرطان	— cancer of, 240, 241, 242
کا کیسہ	— capsule of, 240
کا نمو	— development of, 240
فخذی مثلث میں	— in femoral triangle, 567
پر مینٹ کا اثر	— influence of ovary on, 540
کے مجاری لف	— lymph channels of, 241, 242
کے ضمیروں کا صحیح تصور	— — plexuses, true conception of, 244
کا حلمہ	— nipple of, 242
کی ساخت	— structure of, 241
پستان نین۔ مستزاد	Mamma, supernumerary, 245, 537

حصات شکافی - عجانی	Lithotomy, perineal, 514
فوق عانی	— suprapubic, 514
جگر	Liver, 465
کا خراج	— abscess of, 469
کا مرض	— disease of, 491
کی تثبیت	— fixation of, 467
تقیح الدم میں	— in pyæmia, 469
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 491
پر کے عملیہ جات	— operations on, 467
کی جداری سطح	— parietal surface of, 465
کا استرخاء	— ptosis of, 467
کے تعلقات	— relations of, 466
کا انشقاق	— rupture of, 468
میں ثانوی مطروحات	— secondary deposits in, 469
کی شکلی میں اختلافات	— variations in form of, 467
کی احشائی سطح	— visceral surface of, 465
کے زخم	— wounds of, 468
کے منطقے	— zones of, 466
تعمین قیام جیسے کے ضرورات کی	Localization of brain lesions, 52
فلک بستگی	Lockjaw, 161
طولی جوی فوقانی	Longitudinal sinus, superior, 40
طویلہ عنقیہ عضلہ	Longus colli muscle, 674
فطما کولے کے مرض میں	Lordosis in hip-joint disease, 577
لوئس سن کا ترمیم شدہ عملیہ	Lotheisen's operation, modified, 409
اسفل جارحہ کے عروق لمف	Lower limb, lymphatics of, 571
کی عصبی رسد	— — nerve supply of, 666, 671
کے شللات	— — paralyses of, 667
جوارح کا غیر مساوی طول	— limbs, unequal length of, 598
قطنی خراجات	Lumbar abscesses, 416
ردا	— fascia, 416
غدہ	— glands, 492, 572
قتق	— hernia, 411
کیچوکا	— puncture, 380, 688
خطہ	— region, 416
عمود قری کا	— — of spine, 674
اس کے تضررات	— — — injuries in, 676, 677, 679, 681, 693
پسلی	— rib, 682
مثلث	— triangle, 411

ٹانگ کی ہڈیوں پر کساحت کا اثر	Leg, rickets affecting bones of, 632
کی جلد	— skin of, 626
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 625
کی دوالی نما وریدیں	— varicose veins of, 628
کے عروق	— vessels of, 626, 628
عدسہ	Lens, 79
کی شریان	— artery to, 83
کا کیسہ	— capsule of, 79, 80
کا تعلیقی رباط	— suspensory ligament of, 79
رافع مہرز	Levator ani, 503, 542
الحنك	— palati, 180, 182
الحفن	— palpebrae, 85
رباط زیر امنفری	Ligamenta subflava, 683
رباط سجباقی	Ligamentum laciniatum, 640
حفریزی (دیکھو گیمبرناٹ کا رباط)	— lacunare (see Gimbernat's ligament)
رضفی	— patellae, 599, 610
مشطی قرحی	— pectinatum iridis, 82
”سرین ملاح“	“Lighterman's bottom,” 561
خط ابیض	Linea alba, 384
ہلالی	— semilunaris, 378, 426
خطوط سحلی	Lineae gravidarum, 382
مستعرض	— transversae, 379
لسانی شریان	Lingual artery, 171, 191, 196
عصب	— nerve, 169, 171
لوزہ	— tonsil, 173
زبان نما زائندہ	Linguiform process, 467
لب زیرین - اس کے سرطان میں اس	Lip, lower, incision in epithelioma of, 167
پر شکاف دینا	— lymphatic drainage of, 166
کی ابی مسیلیت	— glands of, 229
کے غدد لف	Lipomata in deltoid region, 283
شحمی سلعات خطہ دالیہ میں	— in femoral triangle, 567
فخذی مثلث میں	— in suprahyoid region, 191
فوق لامی خطہ میں	— on buttocks, 560
سرین پر	— rarity of, on face, 133
کا نادر الوقوع ہونا چہرہ پر	Lips, 165
لب	Lisfranc's operation, 666
اس فرینک کا علیہ	Litholapaxy, 514
حصات برآدی	— in children, 514
پچوں میں	

دمی تاجہ	Lacrimal sac, 89
حفریہ کبیر مبال	Lacuna magna, urethral, 530
تحدو	Lambda, 5
تحدوی درز	Lambdoid suture, 15
ورقہ غربا این	Lamina cribrosa, 71
اسر (قام)	— fusca, 72
فوق مشیمی	— suprachoroiden, 72
ورقہ براری	Laminectomy, 682
لینگرہنس کے جزیرک	Langerhans, islets of, 478
حنجرہ غدہ لف	Laryngeal lymphatic glands, 227
حنجرہ شکافی	Laryngotomy, 23, 216
حنجرہ	Larynx, 209
کا بالائی روزن	— aperture of, upper, 210
کی غضروفات	— cartilages of, 210
کا کسر	— fracture of, 210
کے احبال	— cords of, 211
کا استیصال	— excision of, 212
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 213, 217
کے لئی غدہ اور عروق	— lymphatic glands and vessels of, 213, 229
کی غشا غامی	— mucous membrane of, 212
کا بطین	— ventricle of, 232
جانبی تغم	Lateral anastomosis, 447
انحناء	— curvature, 234
داخلی دباط کہنی کا	— ligament of elbow, internal, 314, 317
دباطات کہنے کے جوڑ کے	— ligaments of knee-joint, 608
عضلات شکم کے	— muscles of abdomen, 387
جوف کا تکشف	— sinus, exposure of, 25
بطینات	— ventricles, 52
ٹانگ	Leg, 625
ہمیشہ درد کرنے والی	— aching, 629
کا بتر	— amputation of, 633
کی ردا	— fascia of, 627
کے کسور	— fractures of, 630
کی گنگرین	— gangrene of, 628
کے عضلات	— muscles of, 627
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 646
میں درد	— pain in, 630

کھٹنے کی مابقی فضا	Knee, popliteal space of, 601, 604
میں خراج	————— abscess in, 604
کے ارد گرد کی درجہیں	————— bursæ about, 607
کی ردا	————— fascia of, 604
کے لمبی غدہ	————— lymphatic glands of, 606
کے عضلات اور اوتار	————— muscles and tendons of, 604
کی جلد	————— skin of, 604
کے عروق	————— vessels of, 601, 605
کی سطحی تشریح	————— surface anatomy of, 599
چلی (دیکھو رصفہ)	Knee-cap (<i>see</i> Patella)
کھٹنے کا جوڑ یا کھٹنے کے جوڑ	Knee-Joint, 608
میں سے بتر	————— amputation through, 624
کی جسامت	————— ankylosis of, 609
کی بے ترتیبی	————— derangement of, 612
کا مرض	————— disease, 604, 610
کے خلوع	————— dislocations of, 618
کی مسلیت	————— drainage of, 623
کا استیصال	————— excision of, 621
کا استقصاء	————— exploration of, 621
کے گرد و نواح کا کسر	————— fracture about, 619
کے رباطات ملیبی	————— ligaments of, crucial, 608, 610
جانبی	————— lateral 608
کے لئے حصول سکون	————— rest for, to secure, 624
کی زلابی غشا	————— synovial membrane of, 609
کھٹنوں کا ٹکرائنا (دیکھو روح الرکبہ)	Knock-knee (<i>see</i> Genu valgum)
”فیصلہ کن“ کھونسا	“Kneek-out” blow, 31
کو خرکا طریقہ تکشف۔ زبان کے لئے	Kocher's exposure of tongue, 176
کی ترجیع زیر غرابی خلع کی	————— reduction of subcoracoid luxation, 594
تسم (کوزہ پشتی)	Kyphosis, 234
شفرتین کبیر	Labia majora, 538
شفوی شریانیں	Labial arteries, 166
اعصاب	————— nerves, 165
تیہ عظمی	Labyrinth, osseous, 110
دمعی خراج	Lacrimal abscess, 89
آلہ	————— apparatus, 88
شریانیں	————— arteries, 75
غدہ	————— gland, 88

التهاب قرنیہ - رختکی	Keratitis, interstitial, 70
کے کا سوداخ	Key, foramen of, 44
گردہ	Kidney, 478
کی غیر طبعی حالتیں	— abnormalities of, 484
کا خراج	— abscess of, 480, 482
تک رسائی	— access to, 485
منضم	— adherent, 487
کا کیسہ	— capsule of, 482
کی کیسہ ربائی	— decapsulation of, 482
کا نمو	— development of, 485
کا اتحاد	— fusion of, 485
کا نافچہ	— hilus of, 479, 486
نعل نما	— horseshoe, 485
حرکت پذیر	— movable, 482
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 490, 553
پر کے علیہ جات	— operations on, 485
کی باریطونی پوشش	— peritoneal investment of, 480
کا عمل وقوع	— position of, 479
کی شعاع نگاری	— radiography of, 479
کے تعلقات	— relations of, 478
کا انشقاق	— rupture of, 480
”عجزی“	— “sacral,” 484
مجرد	— single, 485
کی سطحی نشان دہی	— surface anatomy of, 479
کے سلعات	— tumours of, 487
کے حروق	— vessels of, 381, 486
کھٹنا یا کھٹنے	Knee, 599
کی سامنے کی طرف	— front of, 599
کی رسد خون	— blood supply of, 602
پر کی درجہیں	— bursæ over, 603
کی جلد	— skin of, 602
پر کی زیر جلدی چربی	— subcutaneous fat over, 602
کے حروق لف	— lymphatics of, 603
میں درد - کولے کے جوڑ کے مرض میں	— pain in, in hip-joint disease, 579

معی شنج	Intestinal spasm, 441
معائے کبیر (دیکھو قولون)	Intestine, large (see Colon)
صغیر	— small, 440
کی گنگرین	— — — — — gangrene of, 493
کا تضرر	— — — — — injury to, 442
کا طول	— — — — — length of, 440
پر عملیہ جات	— — — — — operations on, 447
کی وضع	— — — — — position of, 440
کا جروی استیصال	— — — — — resection of, 447
کی تخنیق	— — — — — strangulation of, 441
درون جہجمی خراج	Intracranial abscess, 26, 52
درون عجزی سلعات	Intraorbital tumours, 61, 65
کودور کرے کیلئے کروئیلن	— — — — — Kronlein's route for removal of, 60
کا راستہ	
درون ویدی اشراہات	Intravenous injections, 311
درون قمری ویدی	Intravertebral veins, 255
انغماد معوی	Intussusception, 444, 453
درون گردانی کی حرکتیں	Inversion movements, 654
قرحیہ برآری	Iridectomy, 74, 84
قرحیہ	Iris, 72
کی خلقی عدم موجودگی	— congenital absence of, 73
التهاب قرحیہ	Iritis, 72
وقف الدمی تقبضات	Ischaemic contracture, 314
ورکی شوکہ	Ischial spine, 555
بطور حاب کر رہنا کے	— — — — — as guide to ureter, 489
حدیبہ جات	— — — — — tuberosities, 555
ورکی مستیمی خراج	Ischio-rectal abscess, 509
حفرہ	— — — — — fossa, 509
قتق	— — — — — hernia, 411
ورکی عجزی عراب	Ischio-sacral arch, 497
عظم ورکی کے کسور	Ischium, fractures of, 500
جزیرہ رائیل کا	Island of Reil, 52
جزیرک لینگرہینس کے	Islets of Langerhans, 478
درقیہ کی خاکنائے	Isthmus of thyroid, 218, 219
جڑے (دیکھو چانہ اور فك)	Jaws (see Mandible and Maxilla)
ماہم	Jejunum, 440, 441
جوڑوں کی جراحیاتی تقسیم	Joints, surgical classification of, 285
(نیز دیکھو نام بہ نام)	— (see also name of each)
وداجی ورید - خارجی	Jugular vein, external, 196
داخلی	— — — — — internal, 185, 195

تحتانی ماسا دینی شریان	Inferior mesenteric artery, 381
ضفیرہ	— — — plexus, 491
عمیق شریان	— profunda artery, 300
صدغی تلفیف	— temporal convolution, 52
حرقی شریان	— thyroid artery, 220
ورید اجوی	— vena cava, 251, 493
تحت ترقوی - حفرہ	Infraclavicular fossa, 261
ذیر عجزی شریان	Infraorbital artery, 140
سوراخ	— foramen, 139
عصب	— nerve, 139
ورید	— vein, 140
تومن حوضی رباط	Infundibulo-pelvic ligament, 541
تعم جہیں جوی کا	Infundibulum of frontal sinus, 120, 125
ابرقنال	Inguinal canal, 397
عورت میں	— — — in female, 404
قولون شکافی	— — — colotomy, 462
عطقات	— — — diverticula, 413
غدد	— glands, 571
قتق	— hernia, 396
رباط	— ligament, 379, 565
موروثی آتشک	Inherited syphilis, 18
اشراب ذیر عکبوتی فضا میں	Injection into subarachnoid space, 688
درون وریدی	— — — intravenous, 311
اعصاب کا	— of nerves, 140, 142, 281, 561
لاسی ہڈی	Innominate bone, 497, 499
ورید	— — — vein, 225
میاں دسفی جوڑ	Intercarpal joint, 352
بین ظلمی عضلات	Intercostal muscles, 239
فضائیں	— spaces, 238
بین ظلمی ذراعی عصب	Intercosto-humeral nerve, 245
بین العظامی عضلات کا شل	Enterossei, paralysis of, 373
بین کتنی مددی پتر	Interseapulo-thoracic amputation, 275
بین سکما نما حفرہ	Intersigmoid fossa, 460
رخنکی التهاب قرنیہ	Interstitial keratitis, 70
بین دنی بھویف	Intertubercular sulcus, 261
بین فقری اقراص	Intervertebral discs, 673
وریدیں	— — — veins, 255
معوی تغم	Intestinal anastomosis, 463
تسدہ	— — — obstruction, 441
شلل	— — — paralysis, 441

عظم لامی	Hyoid bone, 191, 192, 200
کے قریب کے معین غدہ	— — — — — accessory glands about, 219
کے نزدیک کی درجہ	— — — — — bursa near, 209
کا کسر	— — — — — fracture of, 209
زیر معدی ضفیرہ	Hypogastric plexus, 520
تحت اللسانی عصب	Hypoglossal nerve, 173, 196
نخامیہ	Hypophysis, 45
کو شکی دم	Hypopyon, 82
تحت میا لیت	Hypospadias, 532
زیر اہامی فراز (فراز خنصر)	Hypothenar eminence, 536, 574
لفانی اہوری حفرہ	Ileo-caecal fossa, 453
انقباض معوی	— — — — — intussusception, 453
دھنہ	— — — — — orifice, 448, 450
خطہ	— — — — — region, 448
ہا صرہ	— — — — — sphincter, 429, 450
لفانی قولونی حفرہ	Ileo-colic fossa, 453
انقباض معوی	— — — — — intussusception, 453
لفانی	Ileum, 440, 441
حرقی خراج	Iliac abscess, 387, 414
شریانیں	— — — — — arteries, 381
قولون (دیکھو قولون)	— — — — — colon (see Colon)
قولون شکافی	— — — — — colotomy, 462
ردا	— — — — — fascia, 413
غدد داخلی	— — — — — glands, internal, 572
شوے	— — — — — spines, 554
حرقی مشطی رباط	Ilio-pectineal ligament, 409
حرقی خصری عضلہ	Ilio-psoas muscle, 568
حرقی قصیبی بند	Ilio-tibial band, 561, 592, 600
حرقہ کے شوے	Ilium, spines of, 554
غیر منتقب مبرز	Imperforate anus, 549
کتنی تلہ	Incisura scapularis, 275
سیانی قتی	Infantile hernia, 403
تحتانی اجونی نقطہ	Inferior caval point, 251
سنی عصب	— — — — — dental nerve, 141
جیبی تلفیف	— — — — — frontal convolution, 51
بین العظامی رباط	— — — — — interosseous ligament, 617
فک (دیکھو چانہ)	— — — — — maxilla (see Mandible)
منفذ	— — — — — meatus, 119
کی سرایت زدہ حالت	— — — — — infected state of, 122

کو لے کے جوڑ کا مرض	Hip-joint disease, 575
مزمن	—— chronic, 576
میں جارحہ کے اوضاع کا میکانیہ	—— mechanism of positions of limb in, 576
کے خلوع	—— dislocations of, 584
ہر ایک قسم کی تشریح	—— anatomy of each form of, 587
خلقی	—— congenital, 584
تشدد سے پیدا شدہ	—— due to violence, 585
کے متعلق عمومی امور	—— general facts concerning, 585
کی ترجیع کے طریقے	—— modes of reducing, 590
میں انصباب	—— effusion into, 575
پر کے کسور	—— fractures about, 579
کے حرکات	—— movements of, 574
کی عصبی دسد	—— nerve supply of, 579
ہیپراٹلی ہاتھ	Hippocratic hand, 342
ہرش سپرنٹک کا مرض	Hirschsprung's disease, 460
ہارنر کا عضلہ	Horner's muscle, 90
نعل نما گردہ	Horseshoe kidney, 485
”ہوتنتوتی زہرہ“	“Hottentot venus,” 559
ذراچیہ	Humerus, 258, 259, 285
کے خلوع (دیکھو کندھے کے جوڑ کے خلوع)	—— dislocations of (see Shoulder-joint, dislocations of)
کے سر کا استیصال	—— excision of head of, 298
کے کسور	—— fractures of, 294, 305, 319
کے بعد کا اتحاد آجیل یا عدم اتحاد	—— delayed union or non-union after, 306
میں عضلات کا معکوس انقباض	—— reflex contraction of muscles in, 306
کی بالیدگی	—— growth of, 306
ہنٹری اکولہ اکیلل کا	Hunterian chancre on corona, 531
حشفہ کا	—— on glans, 531
ہنٹری قنال	Hunter's canal, 595
غشاء شفاوی	Hyaloid membrane, 79, 83
کیستی دویرے پہ پہوڑے کے	Hydatid cysts of lung, 249
استسقاء فیلہ دماغیہ	Hydronephalocoele, 20, 114
فیلہ مائیہ	Hydrocele, 535
کیسہ بند جبل کا	—— encysted, of cord, 403
گردن کا	—— of neck, 232
استسقاء دماغ	Hydrocephalus, 17, 44
استسقاء گردہ	Hydronephrosis, 484
لامیہ لسانیہ عضلہ	Hyo-glossus muscle, 196

فتق - شحمی	Hernia, fatty, 385
فتقدی	— femoral, 406
کے لئے عملیہ	— operation for, 408
میبانی	— infantile, 403
اوبی	— inguinal, 396
بلا واسطہ	— direct, 400
بالواسطہ	— indirect, 399
مورب	— oblique, 399
کا کلی علاج	— radical cure of, 405
رستکی زائده میں	— into funicular process, 403
ورکی مستقیسی	— ischio-rectal, 411
قطبی	— lumbar, 411
ماساریتی	— mesenteric, 446
ماساریتی قولونی	— mesocolic, 446
ماساریتی معدی	— mesogastric, 446
ساد	— obturator, 410
پھیپھڑے کا	— of lung, 248
ثربی	— omental, 420
حجانی	— perineal, 411
حیاتی	— pudendal, 411, 538
کے نادر الوقوع اقسام	— rare forms of, 411
پس باریطونی	— retroperitoneal, 446
نسائی	— sciatic, 411
سگمانا	— sigmoid, 460
مخنوق	— strangulated, 460
سری	— umbilical, 385, 411
فتوق میں مشانہ	Herniæ, bladder in, 517
فتقی تاجے	Hernial sacs, 397
نملہ منطقی	Herpes zoster, 78
ہیسل بیک کی مثلث	Hesselbach's triangle, 400
نیم قمری فرجہ	Hiatus semilunaris, 120
ہائی مورکا - مغارہ (دیکھو مغارہ ہائی مورکا)	Highmore, antrum of (see Antrum of Highmore)
نا فیجہ گردے کا	Hilus of kidney, 479, 486
کولے کا خطہ	Hip, region of, 554
کولے کا جوڑ یا کولے کے جوڑ	Hip-joint, 572
میں خراج	— abscess in, 574
پر بر	— amputation at, 590

ہاتھ کی ظہری سطح	Hand, dorsal surface of, 339
کی رداہیں	— fasciae of, 337, 343
کے لینی غلاف	— fibrous sheaths of, 345
کے جوڑ	— joints of, 351
کے عروق لانی	— lymphatics of, 350
کے ناخن	— nails of, 342
کی عصی رسد	— nerve supply of, 341, 364
کی کئی سطح	— palmar surface of, 336
کی جلد	— skin of, 336, 341
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 341
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 336
کی مٹھیلی کے عرق غد	— sweat glands of palm of, 341
کے زلابی کھپے	— synovial cavities of, 356
انکے تاجے	— — sacs of, 346
انکے غلاف	— — sheaths of, 347
کی لمسی حس پذیری	— tactile sensibility of, 341
پھانسی سے موت واقع ہونے کا طریقہ	Hanging, mode of death from, 692
حنك الصلب	Hard palate, 179
کی رسد خون	— — blood supply of, 179
خرگوشی لب	Hare-lip, 177
سر اور گردن کے لانی غد	Head and neck, lymphatic glands of, 227
قلب	Heart, 251
کا تکشف	— exposure of, 252
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 253
کے تملقات	— relations of, 251
کے زخم	— wounds of, 252
ایڑی کی پوششوں کی دموی رسد	Heel, integuments of, blood supply of, 664
کی عصی رسد	— — nerve supply of, 665
لوہی (مرغولہ نما) کسور	Helicoidal fractures, 596, 631
کبدی خراج	Hepatic abscess, 469
موروثی آتشک	Hereditary syphilis (<i>see</i> Inherited syphilis)
فتق	Hernia, 396
احوری	— caecal, 440
خلق	— congenital, 385, 403
ڈایا قرامی	— diaphragmatic, 412
دویرہ بند	— encysted, 403

میزاب پیلی مدری پیلی کی بالائی سطح پر کا	Groove on upper surface of first thoracic rib, 207
حاکمہ خصیہ کے تعلقات	Gubernaculum testis, relations of, 401
غذا کی نلی (دیکھو مری)	Gullet (see Esophagus)
صمغی گرد عظمی التهاب قص کا	Gummatous periostitis of sternum, 235
مسوڑے	Gums, 170
نیچے کے جبڑے کے - کے لئی غدہ	— of lower jaw, lymphatic glands of, 229
بندوق کے زخم گردن میں	Gunshot wounds in neck, 209
عصب ذائقہ (دیکھو لسانی عصب)	Gustatory nerve (see Lingual nerve)
دموی سلعات چاندلی کے	Hæmatomata of scalp, 13
سیوان الاذن پر	— on pinna, 96
بول الدم	Hæmaturia, 480
نفث الدم	Hæmoptysis, 249
نزف مشیمیہ سے	Hæmorrhage, from choroid, 72
پہپہڑے سے	— from lung, 248, 249
کئی عرابوں سے	— from palmar arches, 350
زبان سے	— from tongue, 172
لوزہ سے	— from tonsil, 189
رحم سے	— from uterus, 539
مہبل سے	— from vagina, 539
زجاجی طبقہ میں	— into vitreous, 83
باسوری عروق اور اعصاب	Hæmorrhoidal vessels and nerves, 501, 546
بواسیر	Hæmorrhoids, 546
دمی الصدر	Hæmothorax, 248, 249
صلب اجہام قدم	Hallux rigidus, 663
روح الاجہام	— valgus, 641
ربلہ (دیکھو گھٹنے کی ماہبضی فضا)	Ham (see Knee, popliteal space of)
مطرق انگشت پا	Hammer-toe, 663
عضلات کا ذہ	Hamstring muscles, 592, 594, 604
خطی زائدہ	Hamular process, 180
ہاتھ	Hand, 336
کا خراج	— abscess of, 345
کے صفاقات	— aponeuroses of, 337, 343
کے عروق خون	— blood-vessels of, 350
کی ہڈیاں	— bones of, 351
کی لکیریں	— creases of, 337
کے خلوع	— dislocations of, 356

معدی اثنا عشری شریان	Gastro-duodenal artery, 437
معدی معوی تقویہ	Gastro-enterostomy, 439
معدی ترقی شریان	Gastro-epiploic artery, 436, 437
معدی کبدی ثرب	Gastro-hepatic omentum, 436
معدی تقویہ	Gastrostomy, 438
تناسلی اعضا - زنانہ	Generative organs, female, 538
مردانہ	———— male, 523, 531
عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ	Genio-hyo-glossus muscle, 196
تناسلی ساق عصب	Genito-crural nerve, 570
روح المركبہ	Genu valgum, 614
میں فتدی کا پر بالہ	———— epiphysis of femur in, 615
عفریتیت	Gigantism, 46
گیمبرنات کا رباط	Gimbernat's ligament, 408
تیغہ	Gladliolus, 235
حشفہ قضیب	Glans penis, 531
کی غشائے مخاطی	———— mucous membrane of, 531
سبز موتیا	Glaucoma, 83
سبز موتیائی پیالہ	Glaucomatous cup, 85
سکلینارڈ کا مرض	Glenard's disease, 423, 432, 445, 448
وقبی کہفہ	Glenoid cavity, 271, 285
رباطات	———— ligaments, 353
سکلوب (نیز دیکھو مقلہ)	Globe, 69 (see also Eyeball)
الوی خراج	Gluteal abscess, 560
انورسہ	———— aneurysms, 562
شریان	———— artery, 562
درجکیں	———— bursæ, 561
ردا	———— fascia, 559
شکن	———— fold, 558
خطہ	———— region, 554
الویہ کبیرہ	Gluteus maximus, 558, 561
کا انشقاق	———— rupture of, 561
گھینکا (غوطر)	Goitre, 220
سوزاک میں مجری بول کی حالت	Gonorrhœa, condition of urethra in, 530
سکرے	Granular lids, 88
کبیر ثرب	Great omentum, 419
عظیم طروخا	———— trochanter, 554
خیزدان کسر	Green-stick fracture, 267
بن دان کا خطہ	Groin, region of, 565

چوتھا عصب - اس کا شلل	Fourth nerve, paralysis of, 67
عجری عصب	— sacral nerve, 552
”لوہی (مرغولہ نما) کسر“	“Fracture helicoides,” 596, 631
کسور (دیکھو مختلف ہڈیاں)	Fractures (see the various bones)
قید اللسان	Frenum linguae, 171
جیبی دریچہ (نازدہ)	Frontal fenestra, 35
جوفی	— sinus, 125
کا قمع	— — — infundibulum of, 120, 125
جیبی حارشی کٹاؤ	Fronto-malar notch, 35
جیبی انٹی قنات	Fronto-nasal duct, 128
جیبی صدغی ستون	Fronto-temporal pillar, 35
جیبی وجبی کٹاؤ	Fronto-zygomatic notch, 35
دسنکی زائده	Funicular process, 402
میں قفق	— — — hernia into, 403
اوردہ جالینوس	Galen, veins of, 44
مرارہ	Gall-bladder, 469
کا استیصال	— excision of, 469, 473
کا قعر	— fundus of, 467, 469
میں شگافی دینا	— incision into, 473
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 472
کا انشقاق	— rupture of, 472
کا عاصرہ	— sphincter of, 472
کے عروق	— vessels of, 470
حصیات مرارہ	Gall-stones, 470, 472
عقدہ - گیسری (دیکھو گیسری عقدہ)	Ganglion, Gasserian (see Gasserian ganglion)
وتدی حنکی	— spheno-palatine, 36, 139
کنگرین پاؤں کی	Gangrene of foot, 637
ٹانک کی	— of leg, 628
مما کی	— of intestine, 493
پیچڑے کی	— of lung, 249
گیسری عقدہ	Gasserian ganglion, 34, 137, 138
کا استیصال	— — — excision of, 144
اس کے اثرات حس پذیری پر	— — — effects of, on sensibility, 144
میں اشراب الکحل	— — — injection of, alcoholic, 140
کے تعلقات	— — — relations of, 138
معدہ برآدی	Gastrectomy, 438, 439
معدی ناسود	Gastric fistula, 438
قروح	— ulcers, 431
گیسٹروکنیمیس عضلہ (توامیہ ساقیہ)	Gastrocnemius muscle, 626
کا انشقاق	— — — rupture of, 628

پیش بازو (سکائی)	Forearm, 326
کا ہتھ	— amputation of, 333
کی ہڈیاں	— bones of, 328
کے کسود	— fractures of, 331
کے خلوع	— luxations of, 316
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 326
کے عروق	— vessels of, 327
اجسام غریبہ ہوائی گزرگاہوں میں	Foreign bodies in air-passages, 217
شعبوں میں	— in bronchi, 217, 250
احور میں	— in cæcum, 449
بیرونی کان میں	— in external ear, 95
قلب میں	— in heart, 253
ناک میں	— in nose, 118
مری میں	— in œsophagus, 223
محجر میں	— in orbit, 61
بلعوم میں	— in pharynx, 182
معاے مستقیم میں	— in rectum, 544
ممدہ میں	— in stomach, 433
قصبہ میں	— in trachea, 217, 250
رطوبت زجاجیہ میں	— in vitreous humour, 83
مفرہ مذمہ کا کسر	Fossa, anterior, fracture of, 32
اثنا عشری مائعی	— duodeno-jejunalis, 445
نخامیہ	— hypophyseos, 37
لفائی اعودی	— ileo-cæcal, 453
لفائی قولونی	— ileo-colic, 453
زیر ترقوی	— infraclavicular, 261
بین سگمانا	— intersigmoid, 460
ورکی مستقیم	— ischio-rectal, 509
وسطی - کا کسر	— middle, fracture of, 33
زورقیہ	— navicularis, 528
روزنملر کا	— of Rosenmuller, 109
بیضوی	— ovalis, 406, 563
موخر کا کسر	— posterior, fracture of, 33
چنچنی حنکی	— pterygo-palatine, 36
ناشاپاتی نما	— pyriform, 210
پس اعودی	— retrocæcal, 453
وکی فکی	— sphenomaxillary, 36
مفرہ جات انی	Fosse, nasal, 114
باریطونی	— peritoneal, 399

فونٹانا کی فضا میں	Fontana, spaces of, 82
یا فوخ سیمی	Fontanelle, sagittal, 21
قذالی عارضی (موقوت)	— temporary occipital, 20
یا فوخات	Fontanelles, 17
پاؤں	Foot, 634, 652
کا پھوڑا	— abscess of, 638
کے بتور	— amputations of, 663
کی محرابیں	— arches of, 652
کے عروق خون	— blood-vessels of, 636, 643
کے عظمی نقاط	— bony points of, 634
کے ارد گرد کی درجہ	— bursae about, 641
کے تشوہات	— deformities of, 655
کے خلوع	— dislocations of, 646
کی ردا	— fascia of, 638
کے کسور	— fractures of, 661
کے نقوش	— imprints of, 659
کی پوششیں	— integuments of, 637
ان کے اعصاب	— — nerves of, 637
کے جوڑ	— joints of, 652
کے عروق لف	— lymphatics of, 645
کے حرکات	— movements of, 654
کے عضلات	— muscles of, 654, 658
کا ناقب قرعہ	— perforating ulcer of, 638
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 634
کے زلابی کہنے	— synovial cavities of, 663
”پانہاد“ گرز پامی	— “tread” of, in club-foot, 657
سوداخ اہور	Foramen cæcum, 176
ثنی	— incisivum, 121
زیر محبری	— infraorbital, 139
ذقی	— mental, 139
کے کا	— of Key, 44
میچنڈی کا	— of Magendie, 42, 44
منرو کا	— of Monro, 44
ریٹزیس کا	— of Retzius, 44
ونسلو کا	— of Winslow, 422
بصری	— optic, 37
بیضوی کی سطحی ترسیمیں	— ovale, surface markings of, 142
حیزی نسانی	— sacro-sciatic, 564
فوق محبری	— supraorbital, 139

شظیہ	Fibula, 631
کی عدم موجودگی	— absence of, 633
اور قصبیہ کے کسور	— and tibia, fractures of, 630
کے کسور	— fractures of, 631
پانچویں عصب	Fifth nerve, 77, 97, 113, 135, 136, 142
اس سے درد یا قہرہ رقبہ میں درد	— — pains in area supplied by, 146
اس کا شلل	— — paralysis of, 67
قارہ - اس کا خلع بغیر کسر کے	— vertebra, dislocation of, without fracture, 679
بن کرافٹ کا خیطیہ	Filaria bancrofti, 572
چھنگلی کا "خلقی انقباض"	Finger, little, "congenital contraction" of, 346
"ہتھوڑی انگلی"	— "mallet," 354
"انگشت گرتکی"	— "snap," 346
انگلیوں کا قلع	Fingers, avulsion of, 358
کی عصبی درد	— nerve supply of, 365
پہلی صدری پسلی سے پیدا شدہ علامات	First thoracic rib, symptoms due to, 207
شقاق رولینڈو کا	Fissure of Rolando, 26, 49, 53
سینٹورینی کا	— of Santorini, 96, 149
سلویس کا	— of Sylvius, 49
جداری	— parietal, 21
جداری قذالی	— parieto-occipital, 51
وتدی فکی	— spheno-maxillary, 36
ناسور خیشومی	Fistula, branchial, 230
خلقی	— congenital, 93, 230
معدی	— gastric, 438
مہری	— in ano, 510
مستقیمی مہبلی	— recto-vaginal, 539
دقی	— salivary, 153
سری	— umbilical, 386
مثنای مہبلی	— vesico-vaginal, 539
دامن - عظمی ترقیمی	Flap, osteoplastic, 27
چاندلی کا	— scalp-, 7, 22, 27
چپٹا پاؤں	Flat-foot, 638, 657
قابضہ مقربہ ابهامیہ کا شلل	Flexor adductor pollicis, paralysis of, 374
رسفیہ کمبریہ کا وتر	— carpi radialis tendon, 334
زندہ کا وتر	— — ulnaris tendon, 335
طویلہ اصبعیہ کا وتر	— longus digitorum tendon, 636
ابہامیہ قدمیہ	— — hallucis, 636
سکلائی کے قابض اوتار کے غلات	— tendons of wrist, sheaths of, 345
جراحی سنی سلمہ	Follicular odontome, 163

فخذی شریان	Femoral artery, 566, 569, 595
قنال	— canal, 406
عطقات	— diverticula, 413
برالہ	— epiphysis, 579, 622
قتق	— hernia, 406
کے تعلقات	— — relations of, 407
عصب	— nerve, 566, 570, 572
کا شلل	— — paralysis of, 667
نقطہ	— point, 398
حلقہ	— ring, 406, 408, 566
غلاف	— sheath, 414
مثلث کے عروق خون	— triangle, blood-vessels of, 566, 569
میں درجہ	— — bursa in, 568
کی ردا	— — fascia of, 567
کے غدہ لب	— — lymphatic glands of, 566, 571
میں پستان	— — mamma in, 567
کے عضلات	— — muscles of, 568
کے اعصاب	— — nerves of, 570
کی جلد	— — skin of, 566
کی سطحی تشريح	— — surface anatomy of, 565
میں خصیہ	— — testicle in, 567
ورید کا التهاب	— vein, phlebitis of, 570
عروق	— vessels, 566, 569
کا انورسا	— — aneurysm of, 570
فخذی عجزی عراب	Femoro-sacral arch, 497
فخذی کے برالہ جات	Femur, epiphyses of, 579, 583, 622
کے ذیرین سرے کے کسور	— fractures of lower end of, 619
کی ہڈی کے	— — of shaft of, 595
کے بالائی سرے کے	— — of upper end of, 579
کے بعد جارحہ کا قصر	— — shortening of limb after, 597
کا فوق طروخی قصر	— supratrochanteric shortening of, 557
دریچہ (نافذہ) جیبی	Fenestra, frontal, 35
پیشوی	— ovalis, 101
مدور	— rotunda, 101
مدغی	— temporal, 35, 36
لیقی دویری مرض جڑے کا	Fibro-cystic disease of jaw, 164
لیقی سمدانہ ناک کا	Fibrous polyp of nose, 123
غلاف قابض اوتار کے	— sheaths of flexor tendons, 345

اجفان (پیوٹے)	Eyelids, 83
کی شریانی	— arteries of, 87
کے اعصاب	— nerves of, 87
کی جلد	— skin of, 85
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 86
کا انجیریہ	— sycosis of, 86
چہرہ	Face, 132
کی غیر طبعی حالتیں	— abnormalities of, 135
کی رسد خون	— blood supply of, 133
کا نمو	— development of, 134
کے نقصانات	— injuries to, 133
کے لمبی غدہ	— lymphatic glands of, 229
کے اعصاب	— nerves of, 135
حرکی	— — motor, 147
حسی	— — sensory, 136
کانکئی خطہ	— parotid region of, 147
کے اذتفاعات	— prominences of, 133
کی جلد	— skin of, 132
کی زیر جلدی خلوی بافت	— subcutaneous cellular tissue of, 132
کے عروق	— vessels of, 133
(نیز دیکھو چانہ - فك - منہ)	— (see also Mandible, Maxilla, Mouth)
و جہی شریان	Facial artery, 134, 182, 189, 196
قنال	— canal, 101, 103
عصب	— nerve, 104, 150
کے کٹنے سے پیدا شدہ اثرات	— — — effects of section of, 151
وجع العصب	— neuralgia, 136
شلل	— palsy, 90, 151
ورید	— vein, 134
فلوپی ٹی	Fallopian tube, 540, 541
فلوپی مصیف	Fallopian, aqueduct of, 101
ردائے عریض	Fascia lata, 559, 567, 594
(دیکھو مختلف خطے وغیرہ)	— (see the various regions, etc.)
محرم مثانہ	Fasciculated bladder, 520
”شحمی فتق“	“Fatty hernia,” 385
بافت چاندلی میں	— tissue in sclap, 3

بربالہ کعبہ کا - زیرین - اس کی علحدگی

بالائی

قصیہ کا

اس کی علحدگی

بر پر پی ہڈی

فوق مبا لیت

رحای

میں جریان خون کا مقام

سرخلی سنی سلمہ

بریکری غدہ

شل ادب

نا صبات شو کبہ

سرخابادہ چاندلی کا

مصفا فی خلیات

یو سٹیکین قاسطیر کا گروانا

نلی

برون گردانی کی حرکتیں

قتق سری - خانی

جیحوظی گھینکا

عضلہ باسطہ قصیرہ اصبعیہ

مشتکہ اصبعیہ

طویلہ اصبعیہ کا وتر

اہامیہ قد میہ

کا وتر

اہامیہ کا وتر

سلامیہ ثانیہ

مثانہ کی برون گردیدگی

مقلہ

کی رسد خون

کے دباغات ضابط

کا خطرناک رقبہ

کے التهابی حواریض

کی عصی رسد

کا تعلیقی دباط

پلکیں

پیوٹا (جفن) بالائی کا سقوط

Epiphysis of radius, lower, separation of, 355

— — — upper, 324

— of tibia, 622

— — — separation of, 631

Epipteric bone, 16

Epispadias, 532

Epistaxis, 123

— bleeding-point in, 124

Epithelial odontome, 164

Epitrochlear gland, 312

Erb's palsy, 282

Erectores spinæ, 380, 675

Erysipelas of scalp, 9

Ethmoidal cells, 120, 128

Eustachian catheter, passage of, 109

— tube, 107

Eversion movements, 654

Exomphalos, congenital, 395

Exophthalmic goitre, 220

Extensor brevis digitorum muscle, 636

— communis digitorum muscle, 625

— longus digitorum tendon, 635

— — — hallucis muscle, 625

— — — tendon, 635

— — — pollicis tendon, 335

— secundi internodii, 335

Extroversion of bladder, 395

Eyeball, 69

— blood supply of, 74

— check ligaments of, 63

— dangerous area of, 78

— inflammatory affections of, 77

— nerve supply of, 76

— suspensory ligament of, 63

Eyelashes, 86

Eyelid, upper, ptosis of, 66

کھنکھ کے جوڑ کے خلوع	Elbow-joint, dislocations of, 316
کے دباہات	— ligaments of, 314
کی موج	— sprain of, 319
داء الفیل جارحہ اسفل کا	Elephantiasis of lower limb, 572
مفن کا	— of scrotum, 534
فراز مفصلی	Eminentia articularis, 146
وسیط وریڈیں کھوپری کی	Emissary veins of skull, 8
نفاخہ (نفاخ)	Emphysema, 248
پس عجری چربی میں	— in retro-orbital fat, 61
جراحی	— surgical, 247
مینا	Enamel, 162, 163
قیلہ دماغیہ	Encephalocele, 20, 114
کیسہ بند قق	Encysted hernia, 403
قیلہ مائیہ حبل کا	— hydrocele of cord, 403
سرے کا سرے کے ساتھ تھم	End-to-end anastomosis, 447
مما برآری	Enterectomy, 447
قیلہ معویہ مہیلی	Enterocoele, vaginal, 539
مما شکافی	Enterotomy, 477
شترہ دا خلیہ	Entropion, 85
برنا ہضی پستانی حید	Epiblastic mammary ridge, 245
سرقندال ذراعیہ کے	Epicondyles of humerus, 308, 320
برنا قد حس پذیر	Epieritic sensibility, 143, 362
بربخ	Epididymis, 534
کی عصبی دسد	— nerve supply of, 536
برمعدی شریان	Epigastric artery, 381
مناٹ	— triangle, 244
مکی کے زخم	Epiglottis, wounds of, 208
دماغ	Epiphora, 90
بربا لے فخذی کے	Epiphyses of femur, 579, 583, 622
انکی علحدگی	— — separation of, 583
ذراعیہ کے۔ انکی علحدگی	— of humerus, separation of, 295, 322
زج کے۔ انکی علحدگی	— of olecranon, separation of, 323
بربالہ۔ اکرومی زائده کا۔ اسکی علحدگی	Epiphysis of acromion, separation of, 274
ترقوہ کا۔ اسکی علحدگی	— of clavicle, separation of, 268
غرابی زائده کا۔ اسکی علحدگی	— of coracoid, separation of, 274
فخذی کا۔ روح الرکبہ میں	— of femur in knock-knee, 615
حرقی حری کا۔ اسکی علحدگی	— of iliac crest, separation of, 499

کان (اذن)

کے مستزاد اذین
میں سے جریان خون - کھوپڑی کے قاعدہ کے
کسر میں
کی رسد خون
کی وجہ سے کھانسی
بیرونی (خارجی)
کے اپنی غدہ
میں اجسام غریبہ
کے سلماں دمویہ
اندرونی
کا التهاب
وسطی
کے اپنی غدہ
کی عصبی رسد
کے استخوانیہ
کا میوان
کی منغذی دیواروں کے تملقات
میں سے "مصلی" مواد کا اخراج
کی وجہ سے چھینکیں
کی وجہ سے جمائیاں
بے جاتی مٹانہ
شترہ خارجیہ
قاذی نلیاں
کھنی
کا شکن
کے گرد و نواح کے کسور
کا اپنی غدہ
کے عضلات کی جراحی اہمیت
کے اعصاب
کا استیصال جڑی
کی جلد
کی سطحی تشریح
کے عروق
کھنی کا جوڑ یا کھنی کے جوڑ
کی جساءہ
کے گرد و نواح کی درجکیں
کا مرض

Ear, 93

— accessory auricles of, 93
— bleeding from, in fracture of base of skull, 33
— blood supply of, 96
— coughing, 97
— external, 93
— — lymphatic glands of, 229
— — foreign bodies in, 95
— hæmatomata of, 96
— inner, 110
— — inflammation of, 110
— middle, 101
— — lymphatic glands of, 110
— nerve supply of, 97
— ossicles of, 100, 101, 103
— pinna of, 93
— relations of meatal walls of, 96
— "serous" discharge from, 33
— sneezing, 97
— yawning, 97
Ectopia vesicæ, 395
Ectropion, 85
Ejaculatory ducts, 530
Elbow, 307
— fold of, 307
— fractures about, 319
— lymphatic gland of, 312
— muscles of, surgical interest of, 313
— nerves of, 312, 313, 325
— resection of, 324
— skin of, 310
— surface anatomy of, 307
— vessels of, 310
Elbow-joint, 313
— ankylosis of, 325
— bursæ about, 314
— disease of, 315

انفراج عضلات مساقیمہ	Divarication of recti, 384
عطقات - فیڈی اور اربی	Diverticula, femoral and inguinal, 413
انگلیوں کے	— of fingers, 347
حرقی اور حوضی قولونوں کے	— of iliac and pelvic colons, 461
گھائے کے جوڑ کے	— of knee-joint, 607
معائے صغیر کے	— of small intestine, 445
بلعومی	— pharyngeal, 183
فشاری	— pressure, 223
جری	— traction, 224
ظہری رد!	Dorsal fascia, 638
خطہ عود قری کا	— region of spine, 674, 678, 679, 680, 681, 692
ظہر الاسانی شریان	Dorsalis linguae artery, 189
ظہری تدمی شریان	— pedis artery, 636, 644
کتی شریان	— scapulae artery, 263
ظہری شوکی وریدیں	Dorsi-spinal veins, 686
ظہری قطعی خطہ عود قری کا	Dorso-lumbar region of spine, 677
ظہر الحرقہ پر خلع	Dorsum ilii, dislocation upon, 585, 587
المرج	— sellae, 37
”مٹانہ مضاعف“	“Double bladder,” 521
”غبنہ“	“— chin,” 191
”نبض مضاعف“	“— pulse,” 335
ناول - ناک کا	Douche, nasal, 118
قنات ناقلہ	Ductus deferens, 536, 541
اثنا عشری عامرہ	Duodenal sphincter, 429
قرحہ	— ulcer, 445
اثنا عشری مائمی حفرہ	Duodeno-jejunal fossa, 415
اثنا عشری	Duodenum, 444
کے عطقات	— diverticula of, 445
کی مسدودی	— occlusion of, 445
کا تعلق عضلہ	— suspensory muscle of, 445
ڈوپٹرن کا انقباض	Dupuytren's contraction, 343
کا کسر	— fracture, 650
ام جافیہ	Dura mater, 38
کے اعصاب	— — — nerves of, 39
شوکی	— — — spinal, 684, 685

نردی ہڈی	Cuboid bone, 635
کا تنظیم	— ossification of, 662
فانہ نما ہڈی - اندرونی	Cuneiform bone, inner, 635
معدہ کے انحناء	Curvatures of stomach, 432
جلدی عصب - داخلی (وسطی جلدی)	Cutaneous nerve, internal, 300, 303, 312
عصبی رسد انگلیوں کی	— supply of fingers, 365
جارحہ اسفل کی	— of lower limb, 666, 671
حس پذیری - اعصاب کی	— sensibility, nerves of, 362
گلوریدیگی	Cut throat, 207
دویرہ - سی	Cyst, dental, 164
حامل السن	— dentigerous, 163
دویری قنات	Cystic duct, 470
قلیلہ مثانیہ - مہبل	Cystocoele, vaginal, 539
مثانہ بین سے مثانہ کا امتحان	Cystoscopic examination of bladder, 519, 521
دویرہ - منہ کے اندر	Cysts in mouth, 170
چاندلی کے	— of scalp, 2
دویرہ دمبیہ	Dacryops, 89
بافت سلخیہ	Dartos tissue, 382, 533
عقیق بر معدی شریان	Deep epigastric artery, 381
حس پذیری	— sensibility, 143
تبرز عمود قتری کی چوٹوں میں	Defæcation in spinal injuries, 697
آجل اتحاد کسر کے بعد	Delayed union after fracture, 306
دالی عضلہ (عضلہ دالیہ)	Deltoid, 259, 285, 299
خطہ	— region, 283
درنہ	— tubercle, 258
سی دویرہ	Dental cyst, 164
حلیبہ	— papilla, 163
تاچہ	— sat, 163
حامل السن دویرہ	Dentigerous cysts, 163
ڈینٹین	Dentine, 162, 163
ادمیہ نما دویرہ - خلقی	Dermoid cysts, congenital, 170
زروی قولون	Descending colon, 457, 458
ڈایا فرام کے تعلقات جگر کے ساتھ	Diaphragm, relations of, to liver, 466, 467
معدہ کے ساتھ	— to stomach, 431
کے تنفسی حرکات	— respiratory movements of, 255
ڈایا فرامی قن	Diaphragmatic hernia, 412
دو شکسی عضلہ	Digastric muscle, 193
ڈپلوئی کی وریدیں	Diploic veins, 8
خلع (دیکھو مختلف ہڈیاں اور جوڑ)	Dislocation (see various bones and joints)

اکیلی درز	Coronal suture, 15
اکیلی شریان	Coronary artery, 435
غدد	— glands, 435
اکلیل نما زائده	Coronoid process, 169, 308, 323
کھپکی اجسام	Corpora cavernosa, 531
جسم اسفنجی	Corpus spongiosum, 531
غٹط	— striatum, 52
قشرہ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات	Cortex, cerebral, areas of, sensori-motor, 52
سمی	— — — auditory, 55
شمی	— — — olfactory, 55
بصری	— — — visual, 55
”سماعت الفاظ“ کے لئے	— — — “word-hearing,” 55
”بصارت الفاظ“ کے لئے	— — — “word-seeing,” 55
ضلعی مستقیم نقطہ - دایاں -	Costo-rectal point, right, 426
غده کوپر	Cowper's gland, 538
روح النوض	Coxa valga, 583
فدع النوض - ضربی	— vara, traumatic, 583
ججمی ہڈیاں (دیکھو کھوپری)	Cranial bones (see Skull)
اعصاب کے تضمرات	— nerves, injuries to, 66
کا شال	— — — paralysis of, 66
فضائیں جن میں دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے	— spaces containing cerebro-spinal fluid, 42
ججمی ترقوی سوء تعظم	Cranio-cleido-dysostosis, 269
ہزال - ججمہ	Craniotabes, 18
ججمہ (دیکھو کھوپری)	Cranium (see Skull)
معلق عضلہ	Cremaster muscle, 537
معلق شریان	Cremasteric artery, 537
غریالین صفحہ	Cribriform plate, 118
حلائی غضروفی	Cricoid cartilage, 210
”مصلب الساقین رفتار“	“Cross-legged progression,” 578
صلبی دھبائے	Crucial ligaments, 608, 619
تصالی دھبائے	Cruciate ligament, 639
ساقی عصب مذم	Crural ne. ve, anterior, 566, 570, 572
کا شل	— — — paralysis of, 667
جلبہ حجرہ	Crusta petrosa, 163
”دھکازی شل“	“Crutch paralysis,” 305
لوزی طاقہ جات	Crypts, tonsillar, 189

خلقى انقباض چھنگلى کا	Congenital contraction of little finger, 346
نقص معائے مستقیم کا	— deficiency of rectum, 461
بدشکایاں شکم کی	— deformities of abdomen, 395
ادمیہ نما دویرے	— dermoid cysts, 170
خلع کولے کے جوڑ کا	— dislocation of hip, 584
قتق سری	— exomphalos, 395
ناسورات	— fistulae, 93, 230
قتق	— hernia, 385, 403
تشوہات مبرز کے	— malformations of anus, 549
قولون کے	— — of colon, 463
معائے مستقیم کے	— — of rectum, 549
دوق دویرے	— thyroid cysts, 170
ملتحمہ کے التهاب کے اثرات	Conjunctiva, effects of inflammation of, 85
کی عصی رسد	— nerve supply of, 77
کے تعلقات	— relations of, 87
کے عروق	— vessels of, 75
مضیق مجری بول	Constrictor urethrae, 516, 527, 528, 529
کوشکی دماغ کی	Contusion of brain, 55
تلفیف صمودی جہی	Convolution, ascending frontal, 52
جداوی	— — — parietal, 52, 53
بروکا کی	— Broca's, 51
تحتانی جہی	— inferior frontal, 51
صدغی	— — temporal, 52
پس مرکزی	— postcentral, 52
پیش مرکزی	— precentral, 52
فوقانی صدغی	— superior temporal, 50
کوپر کا رباط	Cooper's ligament, 409
غرابی اکرومی رباط	Coraco-acromial ligament, 260
عضلہ غرابیہ عضدیہ	Coraco-brachialis muscle, 261
غرابی زائده	Coracoid process, 260
کا کسر	— — fracture of, 274
قرنیہ	Cornea, 69
کی ترکیب	— constitution of, 70
کے ابعاد	— dimensions of, 69
کے اعصاب	— nerves of, 71

کوچین کی ٹانگ	Cochin leg, 572
شکمی محور	Cœliac axis, 381, 492
قولون برآری	Colectomy, 463
کولیس کی ردا	Colles's fascia, 511
کا کسر	— fracture, 334, 354
شفاق الارحہ	Coloboma iridis, 73
قولون	Colon, 454
میں ضد حرکت دودی	— antiperistalsis in, 430, 544
صعودی	— ascending, 457
کے حاتی تشوہات	— congenital malformations of, 463
نزولی	— descending, 457, 458
کے قطر	— diameters of, 454
کے عظامات	— diverticula of, 461
کا استیصال	— excision of, 463
کا کبدی عوجہ	— hepatic flexure of, 457
حرقی	— iliac, 458
کا طول	— length of, 455
کی ماساریکا کی چسپیدگی کا خط	— line of attachment of mesentery of, 459
پر عملیہ جات	— operations on, 462
حوضی	— pelvic, 457, 459
کی باریطونی پوش	— peritoneal investment of, 455
کی تاپکیں	— sacculations of, 455
کا طحالی عوجہ	— splenic flexure of, 458
کا تضیق	— stricture of, 455
کے قورات	— tæniæ of, 455
مستعرض	— transverse, 457
کا تعلق جگر کے ساتھ	— — relation of, to liver, 465
قولونی تقویہ	Colostomy, 463
قولون شگافی - حرقی	Colotomy, iliac, 462
اری	— inguinal, 462
مشترک صفراوی قنات	Common bile-duct, 471, 477
حرقی شریان	— iliac artery, 381
شظوی عصب	— peroneal nerve, 605, 636, 670
ارتجاج دماغ کا	Concussion of brain, 15, 55
جہل نخاعی کا	— of spinal cord, 691
خلقی عدم موجودگی ترقوہ کی	Congenital absence of clavicle, 268
شظیہ کی	— — of fibula, 633
دشغہ کی	— — of patella, 617
معائے مستقیم کی	— — of rectum, 461

چین کے متوازی خطوط	Chiene's parallels, 558
مرادہ برآدی	Cholecystectomy, 473
مراری معوی تفویہ	Cholecystenterostomy, 473
مراری معدی تفویہ	Cholecystgastrostomy, 473
مراری تفویہ	Cholecystostomy, 473
شوپارٹ کا علیہ	Chopart's operation, 666
جبل طبلی عصب	Chorda tympani nerve, 110
مشیمیہ	Choroid, 72
مشیمی دوز	Choroidal cleft, 73
ہڈی شریانی	Ciliary arteries, 74
اعصاب	— nerves, 76
زوائد	— processes, 81
منطقہ	— zone, 75
داثرہ ولس	Circle of Willis, 56
داثرہ کبیر	Circulus major, 74
صغیر	— minor, 74
ختہ	Circumcision, 531
منحن شریان موخر	Circumflex artery, posterior, 262, 284
کتفی	— — scapular, 263
عصب	— nerve, 262, 284
دوالی نما انورس	Cirroid aneurysm, 6
بر کے دماغ کے	Cisternæ of brain, 42
ترقوہ	Clavicle, 258, 263
کی عدم موجودگی	— absence of, 268
کے خلوع	— dislocations of, 270, 272
کا استیصال	— excision of, 265
کا کسر	— fracture of, 265
کے حرکات	— movements of, 269
کا تعظم	— ossification of, 268
کے تعلقات	— relations of, 263, 268
کا جزوی استیصال	— resection of, 265
ترقوی صدری ردا	Clavi-pectoral fascia, 276
چنگالی پاؤں	Claw-foot, 638, 660
حنك مشقوق	Cleft palate, 177, 180
خارجی مبال	Cloacal urethra, 532
سگرز پا	Club-foot, 655
وجع المصمم (مصممی درد)	Coccygodynia, 502
مصمم	Coccyx, 502

غلامینک	Cave of Meckle, 137, 145
کھنکی جوی	Cavernous sinus, 41
راسی دموی سلمات	Cephalhæmatomata, 13
دماغی مائی قیلہ - غربی	Cephalhydrocele, traumatic, 33
قیغالی ورید	Cephalic vein, 308, 311
دمینی خراج میں ترغان کرنا	Cerebellar abscess, trephining in, 26
دمینگ کا تکشف	Cerebellum, exposure of, 25, 49
کے سلمات	— tumours of, 58
کی وریدیں	— veins of, 58
دماغی خراج اذن وسطی کے مرض میں	Cerebral abscess in middle-ear disease, 52
کے لئے ترغان کرنا	— — trephining for, 26
شریان	— artery, 56
دوران خون	— circulation, 55
تعیین مقامات	— localization, 52
سلمہ کے دباؤ کے اثرات قشرہ پر	— tumour, pressure effects of, on cortex, 54
کے لئے ترغان کرنا	— — trephining for, 27
دماغی نغاعی سیال	Cerebro-spinal fluid, 43, 687
عقی ہوائی دویرہ	Cervical air-cyst, 232
شریانیں	— arteries, 198
ردائیں	— fasciæ, 200
غدد - عمیق	— glands, deep, 227
کا دور کرنا	— — — removal of, 229
سطحی	— — — superficial, 227, 229
عصب - سطحی	— nerve, superficial, 198
حصہ مشارکی جبل کا - اس کا تضرر	— part of sympathetic cord, injury to, 226
عقی خطہ عمود شوکی کا	Cervical region of spine, 674, 676, 677, 679, 681, 692
پسلیاں	— ribs, 204
ان کے علامت	— — — symptoms of, 207, 368
تاچہ	— sac, 232
جوی	— sinus, 231
مشارکی - کا شلل	— sympathetic, paralysis of, 68
(نیز دیکھو گردن)	— (see also Neck)
عقی ظہری خطہ عمود قری کا	Cervico-dorsal region of spine, 677
عق الرحم	Cervix uteri, 540
شے سے نیک کا سباتی درنہ	Chassaignac's carotid tubercle, 192
رہا طات ضابطہ	Check ligaments, 63
تہج ملتحمہ	Chemosis, 87
چھاتی (دیکھو مدر)	Chest (see Thorax)

کلاب فخذی	Calcar femorale, 581
حصیات صفراوی	Calculi, biliary, 470, 472
کلوی	— renal, 488
مثنی	— vesical, 514
گردہ کے کماے	Calyces of kidney, 488
قنال نک کی	Canal of Nuck, 404
شلم کی	— of Schlemm, 82
مداری سرطان	Cancer en cuirasse, 242
سرطان پستان کا	Cancer of breast, 240, 241, 242
بواب کا	— of pylorus, 477
معائے مستقیم کا	— of rectum, 547
مدہ کا	— of stomach, 257
زبان کا	— of tongue, 173
کیسہ عدسہ کا	Capsule of lens, 79, 80
کندھے کے جوڑ کا	— of shoulder-joint, 286
ٹینن کا	— of Tenon, 62
قلبی دھنہ	Cardiac orifice, 431
عاصره	— sphincter, 428
بوسیدگی کھوپری کی	Caries of skull, 22
عمود قری کی	— of spine, 233, 683
قم کی	— of sternum, 236
دانتوں کی	— of teeth, 160
سباتی شریان مشترک	Carotid artery, common, 56, 191, 195
کی بندش	— — — ligature of, 56
خارجی	— — — external, 150, 196
عمومی	— — — general, 195
داخلی	— — — internal, 55, 150, 185, 189
کا غلاف	— — — sheath of, 203
درنہ	— tubercle, 192, 225
رسنی بعد رسنی جوڑ	Carpo-metacarpal joints, 353
رسنیہ (دیکھو پوہنچے کا جوڑ)	Carpus (see Wrist-joint)
غضروفات ضلعی	Cartilages, costal, 237
موتیا بند	Cataract, 80
قسطایر سگراونا یو سٹیکٹین نلی میں	Catheterization of Eustachian tube, 109
عجری بول میں	— of urethra, 527
ذنب الفرس	Cauda equina, 693

درجہ کی پاؤں کے گرد و نواح کی	Bursæ about foot, 639, 641
دبلہ کے گرد و نواح کی	— about ham, 607
عظم لامی کے گرد و نواح کی	— about hyoid, 209
گھٹنے کے گرد و نواح کی	— about knee, 603, 607, 609
کندھے کے جوڑ کے گرد و نواح کی	— about shoulder-joint, 286
عظیم طروخا پر کی	— over great trochanter, 561
ورکی حدیبہ پر کی	— over ischial tuberosity, 561
رضی	— patellar, 603
ذیر اسکرومی	— subacromial, 286
ذیر خمیری	— subpsal, 568
ذیر کتنی	— subscapular, 286
سرین	Buttocks, 554
کا خراج	— abscess of, 560
کی ردا - عقیق	— fascia of, deep, 560
ذیر جلدی	— — subcutaneous, 559
کا شکن	— fold of, 558
کے اعصاب	— nerves of, 562
کی جلد	— skin of, 558
کی عصبی رسد	— — nerve supply of, 564
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 554
کے عروق	— vessels of, 562
احودی تغویہ	Cæcostomy, 463
احود	Cæcum, 448
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 449
کا قتی	— hernia of, 449
کے عروق لف	— lymphatics of, 452
کی حرکت پذیری	— mobility of, 449
میں حرکات	— movements in, 449
کا کھولنا	— opening of, 462
کی باریطونی پوش	— peritoneal investment of, 449
کی وضع	— position of, 448
قیصری علیہ	Cæsarean section, 500
حقیتی مہاز	Calcanean spur, 661
حقیتی نردی جوڑ	Calcaneo-cuboid joint, 635
حقیتی سفیدی جوڑ	Calcaneo-scaphoid ligament, 634, 658
حقیتیہ (نیز دیکھو عظم العقب)	Calcaneus (see Os calcis)

عضدی عضلہ مہدم	Brachialis anticus, 302
بہیجا (دماغ)	Brain, 38, 55
کے قاعدی عضود	— basal ganglia of, 52
کے عروق خون	— blood-vessels of, 55
کے بر کے	— cisternæ of, 42
کا ارتعاج	— concussion of, 15, 55
کی کوفتگی	— contusion of, 55
کے تلایف (دیکھو تلفیف)	— convolutions of (see Convolution)
کا قشرہ	— cortex of, 52, 54, 55
پر اثر - سیاتی شریانوں کے باندھنے کا	— effects on, of ligation of carotids, 56
کے انشاقات	— fissures of, 49
کے تغیرات	— injuries to, 57
کے جانی بطینات	— lateral ventricles of, 52
کے اغشیہ	— membranes of, 38
کے نبضانات	— pulsations of, 57
کے حسی حرکی رقبہ جات	— sensori-motor areas of, 52
کے سطحی تملقات	— surface relations of 47
کا مدغی لختہ	— temporal lobe of, 48
خیشومی ناسور	Branchial fistulæ, 230
”عضیل بازو“	“Brawny arm,” 244
اعصاب کا نقطہ شکست	Breaking-point of nerves, 563
پستان	Breast (see Mamma)
سیا	Bregma, 15
برو کا کی تلفیف	Broca's convolution, 51
شعبتوں میں اجسام غریبہ	Bronchi, foreign bodies in, 217, 250
شعبی لمبی غدد	Bronchial lymphatic glands, 222
تعدد لشمبہ	Bronchiectasis, 249
شعبہ بین	Bronchoscope, 250
سے حنجرہ کے اندر کے اجسام غریبہ کا اخراج	— removal of foreign bodies in larynx by, 213
غدد بروئر	Brunner's glands, 445
برائینٹ کی مثلث	Brayant's triangle, 557
خدی کہفہ (کہفہ دہن)	Buccal cavity, 167
کے غدد لف	— lymphatic glands of, 229
عصب	— nerve, 142
مصفاقی حباب	Bulla ethmoidalis, 120
سکٹے	Bunions, 641
درجیکیں کہنی کے جوڑ کے گردونواح کی	Bursæ about elbow-joint, 314
فخذی مثلث کے گردونواح کی	— about femoral triangle, 568

صفراوی قنات مشترک	Bile-duct, common, 471, 472, 477
بلروتھ (۱) معدہ برآری	Billroth I. gastrectomy, 439
(۲) معدہ برآری	— II. gastrectomy, 439
”آنکھ پر کانیل“	“Black eye,” 86
مثانہ	Bladder, 515
کا مثانہ بین سے امتحان	— cystoscopic examination of, 519, 521
کا تمدد غیر شفاف محلول سے	— distension of, with opaque solution, 516
مضاعف	— “double,” 521
کا خالی ہونا اور پُر ہونا	— emptying and filling of, 515
کی پروں گردیدگی	— extroversion of, 395
عزم	— fasciculated, 520
زنانہ	— female, 522
بچوں میں	— in children, 522
قنوق میں	— in hernia, 517
مردانہ	— male, 515
کی غشائے مخاطی	— mucous membrane of, 519
کے عضلات تشییت	— muscles of fixation of, 505
کے عضلی طبقات	— muscular coats of, 515, 520
کے اعصاب	— nerves of, 520, 551, 552
کا کیچوکا	— puncture of, 518
کے تعلقات باریطون سے	— relations of, to peritoneum, 517
کا انشقاق	— rupture of, 518
تاچہ دار	— sacculated, 521
کا عامرہ	— sphincter of, 516
میں حصات	— stone in, 514
کی مثلث	— trigone of, 515, 519
کالا شمعوں سے امتحان	— X-ray examination of, 516
دموی سلعات چاندلی کے	Blood tumours of scalp, 13
میوان الاذن پر کے	— on pinna, 96
عروق خون (دیکھو مختلف خطے اور اعضا)	Blood-vessels (see the various regions and organs)
بیجہ کی عظمی عرایی چھت (دیکھو	Bony vault of cranium (see Skull)
کھوپری)	
عضدی صفاق	Brachial aponeurosis, 301
شریان	— artery, 262, 299, 302, 308, 312
کی غیر طبعی حالتیں	— abnormalities of, 303
ضغیرہ	— plexus, 199, 204, 245, 280, 359
کے نیچے کے تنے کا شل	— paralysis of lower trunk of, 368

آرباک کا ضمیرہ	Auerbach's plexus, 430
اذین (دیگھوگان)	Auricle (see Ear)
اذینات مستزاد	Auricles, supernumerary, 93, 232
اذینی عصب عظیم	Auricular nerve, great, 149
اذینی مدغی عصب	Auriculo-temporal nerve, 149
قل انگلیوں کا	Avulsion of fingers, 358
بغل	Axilla, 261, 275
کی رادئیں	— fasciæ of, 276
عروق لف	— lymphatic glands of, 278
بغلی شریان	Axillary artery, 261, 262
کی بندش	— — — ligature of, 280
کے تعلقات	— — — relations of, 280
غدد	— glands, 227, 243, 261
کملانی باقیہ کا امتحان	— — — examination for enlarged, 262
کا اخراج	— — — removal of, 279
اعصاب	— nerves, 262, 282
خطہ کا خراج	— region, abscess of, 277
ورید	— vein, 279
عروق کے زخم	— vessels, wounds of, 280
محور	Axis, 183, 192
مجرد وریدیں	Azygos veins, 255
بربدا کی ٹانگ	Barbadoes leg, 572
یہیئم دار غذا سے امتحان	Barium-laden food, examination with, 449, 452
بادتھولیٹی قنات	Bartholin's duct, 167
غده	— gland, 538
کا خراج	— — — abscess of, 538
قاعدی عقدے	Basal ganglia, 52
رو قاعدہ سرقندالوں کا،،۔ اس پر کا کمر	"Base of epicondyles," fracture at, 320
کھوپری کا۔ اس کے کسور	— of skull, fractures of, 31
ورید باسلیق	Basilic vein, 302
اسا سینہ	Basion, 37
عضلہ بیل	Bell's muscle, 521
ذوراسین عضدی	Biceps brachii, 299
کا وتر بازومیں	— tendon in arm, 286
دبلہ میں	— — — in ham, 605
ذورا سینی ردا	Bicipital fascia, 310
میزاب	— grooves, 261, 299, 300, 302

فلوپی مصیف	Aqueduct of Fallopius, 101
مائی رطوبت	Aqueous humour, 81
عنكبوتیہ	Arachnoid, 42, 684, 686
عراقی وتر	Arcuate tendon, 504
قوس پیری	Arcus senilis, 71
بازو	Arm, 299
کا ہتر	— amputation of, 297
کی شریانیں	— arteries of, 299
کی ردا	— fascia of, 300, 301
کے عروق لف	— lymphatics of, 312
کے عضلات	— muscles of, 299, 365
کے اعصاب	— nerves of, 300, 359
کی جلد	— skin of, 301
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 299
آرنولڈ کا عصب	Arnold's nerve, 97
شریان مرکزی شبکیہ	Arteria centralis retinae, 75
شریانیں (دیکھو مختلف خطے)	Arteries (see the various regions)
شریانی وریڈی انورسا	Arterio-venous aneurysms, 65, 570
مفصل برآدی	Arthrectomy, 623
سبوجی مکی شکن	Aryteno-epiglottidean folds, 183, 212
سبوجی غامرونی	Arytenoid cartilage, 210
محدودی قولون	Ascending colon, 457
جیبی تلفیف	— frontal convolution, 52
جداری تلفیف	— parietal convolution, 52
بلعومی شریان	— pharyngeal artery, 182, 189
جمینہ	Asterion, 24
عرقوبی سفینیٹی جوڑ	Astragalo-scaploid joint, 635
عرقوب کا ضلع	Astragalus, dislocation of, 651
کا سر	— fracture of, 661
کا تمظم	— ossification of, 662
اطلسی عوردی خطہ عیود قاری کا	Atlanto-axial region of spine, 677, 682, 692
اطلس	Atlas, 183, 192
علیہ طبل کا	Attic of tympanum, 102
متغذ سمعی خاوجی (صاخ الاذن)	Auditory meatus, external, 37, 94
کی قنال اور دیواریں	— — — canal and walls of, 94
میں اجسام غریبہ	— — — foreign bodies in, 95
کی دیواروں کے تعلقات	— — — relations of walls of, 95
داخلی	— — — internal, 37

حلقہ نما رباطات ٹخنے کے	Annular ligaments of ankle, 639
اسفلک کے	— of wrist, 345
عدم الشامہ	Anosmia, 124
مقدم ساقی عصب	Anterior crural nerve, 566, 570, 572
کاشل	— paralysis of, 667
منخرین	— nares, 115
مقدم انف بینی	Anterior rhinoscopy, 115
فوقانی شوکہ	— superior spine, 380
ضد میلانی شوکہ	Anticlinal spine, 246
ضد حرکت دودی قولون میں	Antiperistalsis in colon, 430, 544
مزارہ - جلدی	Antrum, mastoid (see Mastoid antrum)
ہائی مور کا	— of Highmore, 129
اس کی مسیلت	— drainage of, 130
اس کا قتحہ	— opening of, 131
اس کے سلعات	— tumours of, 129
مبرز	Anus, 548
کے انشاقات	— fissures of, 548
کا تسکون	— formation of, 549
غیر منقب	— imperforate, 549
کے تشوہات	— imperforate, 549
کے اعصاب	— nerves of, 551
اورطہ شکمی	Aorta, abdominal, 381, 492
راسی نقطہ	Apical point, 251
صفاق (دیکھو مختلف خطے)	Aponeurosis (see the various regions)
زوائد ترقی	Appendices epiploicæ, 455
التهاب زائده	Appendicitis, 451
زائدی تقویہ	Appendicostomy, 463
زائده	Appendix, 448, 450
کا طول	— length of, 450
کے عروق لف	— lymphatics of, 452
کے لف آساجرات	— lymphoid follicles of, 451
کی ماساریقا	— mesentery of, 451
میں حرکت دودی	— peristalsis in, 452
کی وضع	— position of, 450
کا امتحان لاشعاعوں سے	— X-ray examination of, 452

تفہم سرے کا سرے کے ساتھ	Anastomosis, end-to-end, 447
جانہی	— lateral, 447
تفہمی کلیہ	Anastomotica magna, 300, 602
عدم دماغی	Anencephaly, 20
انورسا۔ شریانی وریدی	Aneurysm, arterio-venous, 65, 569
عضدی	— brachial, 312
سباتی	— carotid, 57
فتدی	— femoral, 569
الوی	— gluteal, 562
گردن میں	— in neck, 57, 224
ماء بقی	— popliteal, 605, 607
ضربی۔ معجری شریانوں کا	— traumatic, of orbital arteries, 65
زاویہ انحنا	Angular curvature, 233
زاویہ لوڈوک	Angulus Ludovici, 235
ٹخنہ یا ٹخنے	Ankle, 634
کے عظمی نقاط	— bony points of, 634
کی ردا	— fascia of, 638
کی جلد	— skin of, 637
کی موچیں	— sprains of, 640
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 637
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 634
کے اوتار۔ ارد گرد کے	— tendons about, 635, 642
کی تقسیم	— — division of, 638
کا انشقاق	— — rupture of, 642
کے خلاغات	— — sheaths of, 641
ٹخنے کا جوڑ یا کے جوڑ	Ankle-joint, 635, 645
پرہیز	— amputation at, 663
کے خلوع	— dislocations of, 646
میں انصباب	— effusion into, 645
کے ارد گرد کے کسود	— fractures about, 647
کا التهاب	— inflammation of, 646
کے دباطات	— ligaments of, 645
کے خطوط	— lines of, 635
کے حرکات	— movements of, 646
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 646
کے عروق	— vessels of, 636, 643

کنش بیش پروردی	<i>Aene hypertrophica</i> , 112
کبد الجواد ح	<i>Acromegaly</i> , 19, 46
اکرومی ترقوی جوڑ	<i>Acromio-clavicular joint</i> , 258, 270
کا خلع	————— dislocation of, 272
کا مغالطہ انگیز شمع نگاری منظر	————— fallacious radiograph appearance of, 271
کے حرکات	————— movements of, 271
اکرومی زائده	<i>Acromion process</i> , 258
کا کسر	————— fracture of, 274
اکرومی صدی شریان	<i>Acromio-thoracic artery</i> , 260, 262
مقربہ طویلہ عضلہ	<i>Adductor longus muscle</i> , 379, 565, 569
کتیرہ کا درنہ	————— magnus tubercle, 600
غده آساروئیدی	<i>Adenoid vegetation</i> , 184
مدخل اور مفارہ	<i>Aditus ad antrum</i> , 103
برگردہ (دیکھو فوق کلیوی اجسام)	<i>Adrenal (see Suprarenal bodies)</i>
ہوا عمدہ میں	<i>Air in stomach</i> , 434
وریدوں میں	————— in veins, 225
ہوائی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ	<i>Air-passages, foreign bodies in</i> , 217
ہوائی تاجہ گردن میں	<i>Air-sac in neck</i> , 232
الکھل سے اعصاب کا اشراب	<i>Alcohol, injection of nerves with</i> , 140, 142, 564
”غضب الشیخ“	“ <i>Alderman's nerve</i> ,” 97
غذائی خطہ میں ضد حرکت دودی	<i>Alimentary tract, antiperistalsis in</i> , 430
غذائی خطہ کا عضبی ضبط	<i>Alimentary tract, nerve control of</i> , 430
میں حرکت دودی	————— peristalsis in, 427
کے مشمولات کے سفر کی رفتار	————— rate of progress of contents of, 453
کے عاصرہ مقامات	————— sphincteric points of, 427
کامیکا نیہ نقل	————— transport mechanism of, 427
جو فیوی خواج	<i>Alveolar abscess</i> , 162
واٹر کا انتفاخ	<i>Ampulla of Vater</i> , 471, 476, 477
بتر (دیکھو مختلف ہڈیاں اور جوڑ)	<i>Amputation (see the various bones and joints)</i>
قنال مبرز	<i>Anal canal</i> , 542
کی تثبیت	————— fixation of, 505
کی غشائے مخاطی	————— mucous membrane of, 548
وہا	————— fascia, 504
مثلث	————— triangle, 507
مضامع	————— valves, 549

خراج - جو فیوی	Abcess, alveolar, 162
بنی	— axillary, 277
دمیخی - کے لئے ترکان کرنا	— cerebellar, trephining for, 26
اذن وسطی کے مرض میں	— — in middle-ear disease, 52
دماغی - کے لئے ترکان کرنا	— cerebral, trephining for, 26
الوی	— gluteal, 560
کبدی	— hepatic, 469
حرقی	— iliac, 387, 414
فخذی مثلث میں	— in femoral triangle, 567
کولے کے جوڑ میں	— in hip-joint, 574
حرقی حفرہ میں	— in iliac fossa, 414
چاندلی کے خطہ میں	— in scalp region, 12
ورکی مستیمی	— ischio-rectal, 509
قطنی	— lumbar, 416
منصی	— mediastinal, 236, 254
شکمی جدور کا	— of abdominal parietes, 414
بارتھولین کے غدہ کا	— of Bartholin's gland, 538
تحتانی مدغی تلفیف کا	— of inferior temporal convolution, 52
عجری	— orbital, 60
ہتھی	— palmar, 345
زبکی	— parotid, 149
حوی	— pelvic, 387, 573
سرہ کلوی	— perinephric, 481
انیمی	— plantar, 638
ماء بنی	— popliteal, 604
قدامی	— prostatic, 525
خضری	— psoas, 415, 568
کلوی	— renal, 482
یس پستان	— retromammary, 242
یس بلومی	— retropharyngeal, 149, 185, 203
یس جانی	— retropubic, 517
ہجری حرقی	— sacro-iliac, 500
خلقی	— thecal, 348
میں اجیواں	Accessory sinuses, 125
فجبان	Acetabulum, 573
کے سمور	— fractures of, 500
”میشہ درد کمرے والی لائیکس“	”Aching legs,” 629
جدم تگنوں خضروی	Achondroplasia, 19

اشاریہ

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول و دوم

انگریزی اصطلاحات کے سامنے لکھے ہوئے اعداد اصل انگریزی کتاب کے صفحات کے اعداد ہیں جو اس کتاب کے حاشیہ پر درج ہیں —

خراج دو تاچی	Abces en bissac, 639
قیمس کے بٹن کی طرح کا	— en bouton de chemise, 639
شکم	Abdomen, 378
کا خراج	— abscess of, 387, 414
کے عروق خون	— blood-vessels of, 381, 388, 492
پر کی چوٹیں	— blows on, 383
کی خلیاتی بد شکلیاں	— congenital deformities of, 395
کی اتصالی بافت	— connective tissue of, 387
کی ردا	— fascia of, 382, 413
کا قطعی خطہ	— lumbar region of, 416
کے عروق لیمف	— lymphatics of, 389
کے عضلات	— nerves of, 389
کے اعصاب	— nerves of, 389
کے حشوی ایلاقات	— — visceral associations of, 393
کے جدور۔ مقدم	— parietes of, anterior, 378, 381
موجر	— — posterior, 380, 413
میں درد بعید	— referred pains in, 393
کی جلد	— skin of, 381
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 378
کے اندر کا تناؤ یا دباؤ	— tension or pressure within, 404
کے احشاء	— viscera of, 426, 465
کی عصبی رسد	— — nerve supply of, 489
کا سہارا	— — support of, 384, 426
کی سطحی نشان دہی	— — surface markings of, 423
شکمی اور طہ	Abdominal aorta, 381
اتصالی بافت اور خراجات	— connective tissue and abscesses, 387
حلے	— rings, 397, 400

